Nr. 7. 16. lutego 1930. ROK IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. ALEKSANDER ROSNER.

Dzień 6-go stycznia b. r. przyniósł bolesną i niespodziewaną wieść, która niezmiernie szybko rozeszła się po całym kraju, że Prof. Rosner nie żyje. Smutna ta wiadomość wywołała ogólny ból i współczucie, okrywając żałobą, nietylko najbliższą Rodzinę, naukową Polskę, Jego znajomych, przyjaciół lecz i całe rzesze pacjentek od krańców do krańców Rzeczypospolitej.

Nie chciało się wierzyć, że Ten, który przed kilku godzinami jeszcze w licznem towarzystwie kolegów zebranych na zjeździe w Krynicy przemawiał z właściwym Sobie humorem, na którego dzień przedtem zwrócona była uwaga całego zjazdu, jako na przedstawiciela nauki polskiej, zamknął oczy na wieki.



Ze ś. p. Rosnerem schodzi do grobu nietylko jeden z największych lekarzy doby współczesnej, znakomity Profesor Wszechnicy i wielki badacz-przyrodnik, lecz Człowiek o niezwykłym umyśle i charakterze. Przez śmierć Jego osieroconą została Rodzina, Uniwersytet Jagiell., klinika, a przedewszystkiem ginekologja polska, której był twórcą, przedstawicielem i wyrazicielem.

Ś. p. Profesor Rosner urodził się w Krakowie, w r. 1867, jako syn Prof. Dermatologji U. J., wychowywał się więc od zarania swego życia w otoczeniu lekarsko-przyrodniczem, i nic dziw, że ku tym działom nauk zwrócił się młody i wielce utalentowany abiturjent gimnazjalny.

Studja medyczne ukończył chlubnie na Wydziale lek. U. J., oddając się z zapałem ukochanym przez siebie naukom. Nie ogranicza się jednak ściśle do tychże, lecz z wielkiem zamiłowaniem oddaje się studjom humanistycznym, któremi przejmuje się do głębi duszy. Potrafił połączyć te — zdawałoby się krańcowe gałęzie nauk i właśnie przez ich połączenie w swoim głębokim umyśle, wybija się w późniejszych latach na pierwszorzędną jednostkę społeczną.

Jeszcze jako słuchacz Uniwersytetu poznał się i zaprzyjaźnił z młodym wówczas Prof. Fizjologji ś. p. Cybulskim i pod Jego kierunkiem, napisał świetną pracę z ogólnej fizjologji, nagrodzoną przez Akademję Umiejętności. W dwa lata później zostaje Doktorem Wszech nauk lekarskich, a niedługo potem asystentem kliniki położniczo-ginekologicznej, której Kierownikiem był wówczas ś. p. Prof. Madurowicz, zaprzyjaźniony serdecznie z domem Rosnerów. Przygotowywał się do asystentury nietylko teoretycznie, pracując u Cybulskiego, lecz, zrozumiawszy dobrze znaczenie chirurgji dla rozwijającej się wówczas w szybkim tempie ginekologji, kształci się jako elew na klinice chirurgicznej pod kierunkiem Prof. Rydygiera.

Już jako asystent kliniki ginekologicznej ogłasza szereg prac a z tych najważniejsza dotyczy *„Icterus gravidarum"*, poczem w r. 1895 otrzymuje *veniam legendi* z zakresu ginekologji i położnictwa za następcy Madurowicza Prof. H. Jordana. Następnie wyjeżdża na kilka miesięcy za granicę, aby u sławnych wówczas mistrzów ginekologji w Anglji, Francji i Niemczech pogłębić swoją wiedzę i doświadczenie.

Rok 1898 pozwala Mu rozwinąć swoje zdolności, jako Prof. Szkoły położnych i Prymarjuszowi oddziału ginekol. w szpitalu św. Łazarza. W tym mniej więcej czasie zabłysło „światło szczęścia" jak sam mawiał, w prywatnem życiu Zmarłego. Poznał bowiem w domu Cybulskich przyszłą swą Żonę, którą jednak przedwcześnie utracił.

Szybko przebiega ś. p. Rosner zwykłe stopnie karjery uniwersyteckiej: w r. 1902 zostaje Profesorem nadzwyczajnym a w r. 1907 zwyczajnym i Dyrektorem, opróżnionej przez śmierć Jordana, kliniki.

Odtąd zaczyna imię Zmarłego, znane już szeroko, świecić w całym kraju. Mimo bolesnej straty i przygnębienia, jakie Go ogarnęło po śmierci ukochanej Żony, rozwija niezwykle intensywną działalność naukową, lekarską i pedagogiczną.

Prace naukowe ś. p. Profesora Rosnera, w których przebija niezwykła sumienność w opracowaniu, logika i zmysł obserwacyjny, odnoszą się prawie do wszystkich najnowszych zagadnień położnictwa i ginekologji. Od ściśle teoretycznych do najbardziej praktycznych, wszystkie tematy porusza w swoich pięćdziesięciu kilku pracach. Temat zapoczątkowany jeszcze za czasów asystenckich nurtuje w Jego umyśle i nie pozwala spocząć aż w r. 1918 ogłasza świetne swoje studja nad *„Konstytucją narządów płciowych kobiecych"* a w r. 1920 *„Mięsaki maciczne i ich usadowienie w świetle nauki narządów płciowych kobiecych"*, w których rozwija temat z niezwykłą logiką i znajomością rzeczy. Wcześniejszym nieco tematem Jego pracy eksperymentalnej były studja nad *„powstawaniem ciąży bliźniaczej monochorialnej"*. W publikacji tej dochodzi do świetnych wniosków o pochodzeniu ciąży ludzkiej bliźniaczej monochorialnej. Jako zwierzęcia doświadczalnego używał brazylijskiego pancernika *(dasypus novemcinctus)*, a do tematu tego pragnął powrócić jeszcze i robił odpowiednie starania, aby zwierzęta te otrzymać. Także operacyjna ginekologja i położnictwo nie były terenem któregoby nie poruszał w pracach swoich. Podał cały szereg przyczynków do metod operacyjnych, a między innemi opisał sposób krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy, nazwanego Jego imieniem i powszechnie stosowanego.

Największem Jego publicystycznem dziełem, uwieńczonem wprost niezwykłym rezultatem jest dwutomowy podręcznik *„Ginekologji"* ogłoszony w r. 1924.

Pracował nad niem ś. p. Profesor kilka lat, dokładał cegiełkę do cegiełki doświadczenia i znajomości przedmiotu i stworzył dzieło pierwszorzędnej wartości, nietylko przez oryginalne ujęcie przedmiotu, lecz przez piękny, soczysty język i jasność przedstawienia materiału — nie szczędził wysiłków, by książka ta w zewnętrznej formie wypadła jak najlepiej. Pisząc podręcznik myślał o młodzieży, którą kochał i chciał jej uprzystępnić pracę i możność studjowania w ojczystym języku a także o kolegach lekarzach, chcąc się z nimi podzielić swoim doświadczeniem i radą

Obok szerokiej działalności lekarskiej nie zaniedbuje ś. p. Rosner i dalszej pracy naukowej — ciągle nowe zagadnienia niepokoją żywy i niestrudzony Jego umysł. Pragnie odpowiedzieć na pytanie, jaki istnieje związek przyczynowy między niepłodnością kobiecą a pewnym rodzajem przemiany materji (otyłością) prze-

nika swoją niezwykłą intuicją nieopracowany dział zaburzeń owulacyjnych i rozpoczyna je ujmować w jednostkę chorobową, opracowując wraz z asystentami monografję tego przedmiotu, mającą być głównym tematem przyszłego Zjazdu ginekologów w Krakowie. Dużo Jego myśli i planów pozostało spuścizną dla następców.

Szerokie koła lekarzy miały sposobność niejednokrotnie słyszeć z ust Jego o planach dalszej pracy. Wypowiadał się w tym kierunku na Zjazdach ogólno-przyrodniczych i ginekologicznych, na których był nietylko duchowym Kierownikiem, ale i przemiłym Towarzyszem.

Któż z nas, biorących udział w Zjazdach powojennych nie pamięta Tego rzeczowego mówcy, umiejącego w każdej sytuacji zabrać głos, sprowadzić dyskusję na odpowiednie tory i zadecydować swojemi przekonywującemi wywodami o tem lub owem zagadnieniu. Jego zdolności krasomówcze olśniewały wszystkich, nietylko w dyskusjach naukowych, lecz i zebraniach towarzyskich, gdzie przemówienia Jego wywoływały zawsze największe zainteresowanie.

W uznaniu Jego zasług i wybitnego stanowiska naukowego ostatni Zjazd przyrodniczo-lekarski w Wilnie mianował Go honorowym prezesem następnego Zjazdu.

Był jednym z twórców Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, starał się o jego rozwój, umieszczając w organie Tow. „Ginekologja Polska" cały szereg prac własnych i swoich współpracowników. Serdeczną opieką otaczał krakowskie Tow. Ginekologiczne, czy to jako długoletni jego prezes, czy też późniejszy członek. Jemu zawdzięcza ono swe powstanie i dalszy rozwój.

Jako dyrektor kliniki dbał bezwzględnie o to, aby była pierwszą nie tylko wśród naszych, lecz i zagranicznych. Złe i nieodpowiadające celowi umieszczenie kliniki, ciężkie warunki pracowniane, bolały młodego wówczas Dyrektora kliniki. Starał się wszystkiemi siłami zyskać w tej „starej budzie", jak ją nazywał, najwięcej miejsca dla pracowni bo problemy naukowe nurtowały w Jego umyśle, pragnąc wydobyć się w postaci rozwiązanego tego, lub owego zagadnienia. Nie był nigdy zazdrosny o swoje myśli, z każdą, choćby najdrobniejszą, dzielił się ze swoimi współpracownikami, przedstawiał sposób wykonania pracy doświadczalnej, a największą dlań nagrodą i uciechą było zgłoszenie się któregoś ze współpracowników do prowadzenia odnośnych badań. Pomysły Jego były wprost wspaniałe, niejednokrotnie oszałamiające nas młodych. Gniewał się jeżeli poddany temat prac nie został podjęty, a za pewien okres czasu rozwiązany w pracowniach obcych.

Nie leżało jednak w charakterze ś. p. Prof. Rosnera, aby brutalnie i bez ogródek narzucać pracę innym, bo choć Sam, olbrzymia indywidualność pragnął zawsze uszanować indywidualizm innych. Podjęta raz, przez asystentów praca cieszyła się stałem poparciem Ukochanego Szefa. Nigdy się nie zdarzyło, ażeby nawet w gorączce najcięższej pracy klinicznej, czy Swojej osobistej odmówił żądanego objaśnienia, nie poparł u odpowiednich czynników czy dyrektorów innych zakładów naukowych, a nawet i finansowo nie dopomógł. Jednem słowem, żył tylko myślą o pracy naukowej, a nawet już w ostatnich chwilach życia rzucał nowe tematy do pracy i nie wątpił w ich rozwiązanie.

Zachęcał całą siłą Swej niezwykłej wymowy do pilności i dążenia naprzód, tłómacząc, że kto nie idzie wyżej, ten nie pozostaje w miejscu, lecz cofa się w tył. My współpracownicy Jego, dawni i obecni odczuwaliśmy tę Jego ideologię. Niestety nie zawsze wśród ciężkiej atmosfery życiowej mogliśmy w zupełności podołać Jego dążeniom. Przyznawał jednak, że nie jesteśmy podobni do tej kuli, która toczona do góry stacza się z powrotem, bo nie jest stale podtrzymywana. Wierzył, że w nowej klinice wytworzy się ten napór, którego On będzie duchem i który pchnie pracę kliniczną na drogę ścisłego eksperymentu, czego tak bardzo pragnął.

Dbał ś. p. Profesor niezwykle żywo o kontakt ze światem naukowym zagranicznym. Zdając sobie sprawę z ogromu obcej, ciągle napływającej literatury i niemożności objęcia jej w całości przez jednego człowieka, mającego i inne jeszcze obowiązki, pragnął ją poznać w streszczeniu i dlatego pilnował i tego działu życia klinicznego bardzo sumiennie. Co drugi piątek zbieraliśmy się pod Jego kierunkiem i przedstawiali nowsze prace z literatury światowej. Nie były to w ścisłem tego słowa znaczeniu suche referaty, lecz raczej— naukowe dyskusje, w których Profesor zabierał stale głos, wydawał Swoją opinję o pracy, podnosił jej wartość i zachęcał do ewentualnej kontroli.

Drugą Jego troską, jako Dyrektora kliniki było postawienie jej na najwyższym poziomie pod względem leczniczym. Starał się wszystkiemi siłami, ażeby chore, powierzone Jego pieczy, nie tylko były najlepiej zoperowane i otrzymywały odpowiednie leki, lecz, aby się nie czuły zbyt opuszczone i osamotnione, aby atmosfera otaczająca je była przytulną, ciepłą i ludzką. Umiał to urządzić ś. p. Prof. Rosner, obdarzony niezwykłą delikatnością i subtelnością w obcowaniu z ludźmi, potrafił spotęgować te Swoje zdolności do najwyższych granic tam, gdzie chodziło o niesienie pomocy fizycznej, a zwłaszcza duchowej ludziom chorym. Umiał z pacjentką z każdej sfery rozmawiać w sposób jej umysłowości odpowiedni, umiał pocieszyć i zapewnić o dobrym efekcie leczenia, nawet tam, gdzie beznadziejność przypadku, tylko zwątpienie raczej dyktowała. Nigdy nie robił wyjątku, między biednym a bogatym, między tym, który mógł płacić a tym, który za darmo Go o pomoc prosił. O każdej porze dnia i nocy, nękany już ciężką chorobą, o której Sam dobrze wiedział, a z której my niestety niezawsze zdawaliśmy sobie sprawę śpieszył do kliniki, aby nie tylko Swoją światłą radą pomóc w rozstrzygnięciu wahającej się diagnozy i zalecić odpowiednie leczenie, lecz aby niejednokrotnie wykonać ciężki fizycznie zabieg. Nie lubiał posługiwać się pomocą drugich tam, gdzie uważał, że Jego obecność pomóc może więcej, niż lek podany. To też zasłużenie zdobyła sobie Klinika krakowska takie zaufanie, nietylko w najbliższem otoczeniu, ale i z krańców Rzeczypospolitej śpieszyły chore do niej z tą wiarą i przekonaniem, że Rosner im życie uratuje.

Sumienność i pracowitość były dalszą cechą umysłu ś. p. Profesora. Odbijała się ona w przygotowaniu lekarzy do dalszej, samodzielnej pracy poza zakładem i nauczaniu młodzieży uniwersyteckiej. Posiadał On tę świętą iskrę bożą, która pozwalała Mu uczyć tak, że można śmiało powiedzieć, iż był pierwszym, między pierwszymi. Umiał najtrudniejsze zagadnienie przedstawić tak prosto i przystępnie, że nawet najciaśniejszy umysł musiał je zrozumieć. Jego genjalne porównania, piękny język i rzeczowość, zjednywały Mu słuchaczy już w pierwszym wykładzie, a dalsze zetknięcie się z młodzieżą robiło z Niego nie tylko profesora, oddającego swoją wiedzę, lecz zadzierżgało ciaśniejszy stosunek między młodemi sercami a osobą Nauczyciela.

Mimo nadzwyczajnej swady i łatwości przemawiania na każdy temat, co było związane z Jego olbrzymią erudycją, sumienność Profesora szła tak daleko, że każdy wykład kliniczny poprzedzał gruntownem przygotowaniem się. A kiedy my, młodsi, wyrażaliśmy niejednokrotnie zdziwienie, że Profesor, po tylu latach doświadczenia jeszcze zagląda do podręcznika przed wykładem, odpowiadał stale: „ja przy każdym wykładzie jeszcze czegoś nowego się uczę, to sami kiedyś zrozumiecie", i dlatego to tak zajmującym, i tak zawsze innym był wykład Rosnera. Można Go było słuchać kilkakrotnie to samo wykładającego, a za każdym razem o danej sprawie miał coś nowego do powiedzenia i zawsze umiał nowem doświadczeniem wywody Swoje poprzeć. Nie znosił wykuwania przedmiotu przez młodzież, a żądał tylko, zrozumienia. Wyuczone bowiem na pamięć ulatuje szybko, podczas gdy rzeczy zrozumiałe i wyczute stają się własnością ucznia.

Garnęła się i młódź lekarska na klinikę, bo wiedziała, że z bogatej krynicy zasad i etyki lekarskiej, jakoteż z nieugiętych a logicznych wskazań leczniczych, zwłaszcza położniczych, może najważniejszych dla lekarza praktyka, czerpać będzie podstawy dla późniejszego życia. Oddawał Swoje doświadczenie w sposób tak rzeczowy, przekonywujący i bezinteresowny, że nigdy nie zdarzyło się, aby ktoś mógł w Jego wywody nie wierzyć. Cieszyły Go wyznania lekarzy z prowincji, że tylko dzięki trzymaniu się Jego zasad i kierunku leczniczego uniknęli złych wyników, a niejednokrotnie i poważnego nieszczęścia.

Przy surowości stosowania Swych zasad w życiu czysto klinicznem był ś. p. Prof. Rosner najlepszym kolegą i towarzyszem, nasubtelniejszym przyjacielem w odczuwaniu trosk życiowych swoich współpracowników i ich rodzin. Najmniejsze zachorowanie w domu któregoś z lekarzy, pracujących na klinice, odczuwał bardzo serdecznie, sam śpieszył osobiście z rada i pomocą, a poważniejszy wypadek odbijał się zawsze oddźwiękiem bólu i współczucia w Jego niezwykle wrażliwem sercu.

Z czcią i wdzięcznością, a niejednokrotnie i humorem wspominał lata Swej młodości i pierwsze wzloty pod opieką prof. Madurowicza i Jordana. Przywiązany był niezwykle do tradycji — „tej arki przymierza, między starszemi a młodszemi laty" — i szanował ją nie tylko w rzeczach poważnych, lecz niejednokrotnie i w drobiazgach. Ileż to miłych, a życiowo cennych chwil zawdzięczamy tradycyjnym — jeszcze z czasów Madurowicza przejętym, — wspólnym śniadaniom sobotnim! Nawet najgorszy humor Profesora ulatywał wtedy z Jego, ostatnimi czasy troskami znużonego czoła, i wesoła rozmowa, czasami dyskusja na aktualne tematy zastępowała suche, naukowe rozważania. A na każdy temat Profesor rozmowę prowadzić umiał! Lubił te posiedzenia, wtedy tylko wypoczywał!

Wiele a może najwięcej chwil ostatnich lat życia poświęcił ś. p. Profesor sprawie budowy nowej kliniki, w której miała za-

jaśnieć w całej pełni, nie tylko Jego osobista wiedza, a praca dać miała pożądane wyniki, lecz gdzie miał kształcić młodzież i lekarzy. Jak trudno było w czyn wprowadzić te wszystkie plany i zamiary w starej klinice, wiedzą wszyscy ci, którzy choć raz mieli sposobność wstąpić w jej progi. Nic więc dziwnego, że nie tylko osobista ambicja, aby mieć piękną, nową klinikę, godną Jego wielkich porywów naukowych, lecz aby i chorym dać odpowiednie pomieszczenie i wygody pchały Go do stworzenia nowego warsztatu pracy.

Już blisko 20 lat temu, przyrzeczono Mu budowę nowej kliniki; dzięki Jego osobistym wpływom, przyrzeczenie to zostało zrealizowane tuż, przed wojną. Grunt kupiony, plany gotowe, pieniądze w części wyasygnowane i gmach, godny Wielkiego Profesora i Uczonego miał niedługo stanąć. Niestety — wojna przerwała rozpoczęte dzieło, które dopiero, po zjednoczeniu Polski mogło być dalej kontynuowane. W r. 1921 położono kamień węgielny, pod nowy budynek. Trudne jednak położenie finansowe państwa, wstrzymywało postęp budowy. Gnębiło to i gryzło Profesora, gdy czuł się bezsilnym wobec stanowiska czynników odpowiednich. Ta przeciągająca się budowa zniechęciłaby każdego, lecz nie ś. p. Rosnera. Im większe napotykał trudności, tem silniej z niemi walczył. Wprawdzie walka ta i niejednokrotne w niej zawody, kosztowały Go dużo zdrowia, a może nawet przyśpieszyły kres Jego życia, lecz wreszcie udało się wykołatać u rządu przyrzeczenie wykończenia gmachu. Dowiedziawszy się, że w niedługim czasie mogą być otwarte bramy nowej kliniki przystąpił z ogromnym rozmachem i zaparciem siebie do wykończenia planów wewnętrznego urządzenia, — i tu leży tragizm tej całej sprawy. Często, znużony pracą mawiał: „To już nie dla mnie, w wykończonym gmachu moi następcy pracować będą"! I spełniły się Jego przeczucia.

Nie dożył tej chwili, kiedy dziecko Jego Ducha, ostatnich kilkunastu lat życia, miało dojrzeć, a puste dziś jeszcze mury wspaniałego gmachu ożywić się na chwałę nauki polskiej. Lecz mimo to, że nie będzie rozbrzmiewać w nich więcej słowo Budowniczego, to jednak Myśl Jego trwać będzie, gdyż dzieło to między innemi przetrwa Swego Twórcę tak, że mógłby był o sobie powiedzieć: *„Exegi monumentum, aere perennius"*.

Józef Szymanowicz (Kraków).

Prymarjusz Docent U. J. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

Naukowa działalność ś. p. Prof. Dr. Aleksandra Rosnera.

Wspomnienie wygłoszone na uroczystej akademji ku czci ś. p. Prof. Dr. A. Rosnera w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem dnia 15 stycznia 1930 r.

Jako jeden z uczniów ś. p. Profesora Rosnera mam mówić dzisiaj o jego działalności naukowej, lecz doprawdy trudno jest w krótkiem wspomnieniu podnieść wszystkie zasługi naukowe tak niezwykłej miary człowieka. Mnogość jego prac i wystąpień naukowych, oraz rozmaitość poruszonych w nich tematów uniemożliwiają szczegółowe omówienie treści a nawet wyliczenie ich tytułów. Dlatego też i te kilka słów, które powiem nie można uważać za wyczerpujące. Nie mogę bowiem poprostu z braku czasu poruszyć wszystkich charakterystycznych momentów, które właściwie należałoby uwzględnić, celem uzyskania całokształtu naukowej działalności ś. p. Profesora Rosnera. Ograniczę się więc z konieczności do ogólnych wrażeń, jakie pozostawiają po sobie przestudjowane jego prace, przywołane żywo do pamięci przemówienia i naukowe występy publiczne.

Wszechstronność umysłu Profesora Rosnera była przyczyną, że i tematy do swoich prac, z których ogłoszone drukiem przekraczają liczbę sześćdziesięciu czerpał z najrozmaitszych dziedzin wiedzy lekarskiej i przyrodniczej, zastosowując je do swojej specjalności. Temu też przypisać należy, że każda jego rozprawa stanowi niejako odrębną dla siebie całość. Niemniej jednak można je wszystkie ująć w poszczególne grupy i tak, jako posiadające wspólne cechy, omawiać grupami.

Swoją działalność naukową rozpoczął ś. p. Profesor Rosner ciekawą pracą z zakresu fizjologji, nagrodzoną przez Akademję Umiejętności, pod tytułem: *„Jakiemi drogami tłuszcze i mydło dostają się z jelit do ogólnego obiegu"*. Zajmuje ona odosobnione stanowisko wśród innych jego prac, które pozatem zresztą wszystkie pozostają w ścisłym związku z nauką o położnictwie i schorzeniach narządów rodnych kobiety.

W dziedzinie położnictwa zasługuje na uwagę cały szereg prac ś. p. Profesora Rosnera i to tak teoretycznych, jak i praktycznych. Największa ilość traktuje o ciąży bliźniaczej, a największą wartość z nich posiada praca doświadczalna oparta na szczegółowo uwzględnionem piśmiennictwie, licznych spostrzeżeniach klinicznych i badaniach eksperymentalnych, przeprowadzonych na samicy pancernika południowo-amerykańskiego. Pisze on jednak także o wskazaniach i rokowaniu przy różnych rodzajach cięć cesarskich (prac trzy) o hebosteotomji, o zapobieganiu zakażeniom połogowem i ropnemu zapaleniu u noworodków, oraz o innych zajmujących każdego położnika zagadnieniach. W całym szeregu prac kazuistycznych, z których jednak każda kryje w sobie jakąś oryginalną myśl, przeprowadzoną z całą ścisłością logicznego myślenia, celowo uwzględnioną, stara się znaleść odpowiedź na zawiłe pytania dotyczące etjologji, leczenia, lub objawów klinicznych danego powikłania. Osobną grupę tego działu stanowią jego prace na temat zatruć ciążowych, jak żółtaczka i niepowściągliwe wymioty ciążowe. W pracach i odczytach dotyczących tej ostatniej sprawy zwraca on szczególniejszą uwagę na znaczenie nerwu roślinnego w tem schorzeniu i podaje, na ścisłych wywodach teoretycznych i badaniach klinicznych oparte, sposoby jego leczenia.

Z zakresu chirurgji ginekologicznej, której erę, rzec można zupełnie śmiele, Profesor Rosner, jako pierwszy bezwarunkowo zapoczątkował w Polsce, ogłasza dwanaście prac. Czołowe miejsce wśród nich zajmują te, które dotyczą nowych sposobów operacyjnych, przez niego podanych a dziś już uznanych w całym świecie. Mam tu na myśli prace w sprawie techniki krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy przy pomocy zabiegu, określanego jego nazwiskiem. Dalej prace w których jako pierwszy poleca stosowanie bocznego cięcia brzusznego w przypadkach guzów jajnikowych podczas ciąży i wreszcie prace w których omawia szczegółowo sposób zaopatrywania szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych narządów kobiecych. Pozatem w całym szeregu innych prac z zakresu chirurgji ginekologicznej zastanawia się nad wartością niektórych ze stosowanych ogólnie metod operacyjnych, wskazaniami do nich i wynikami klinicznemi, podając niejednokrotnie własne pomysły, jak np. w pracy *„O nowym sposobie szwu mięśni prostych po laparotomji"*, lub *„O przyczynku do techniki całkowitego wycięcia przez laparotomję macicy dotkniętej włókniakami"*.

Także i w ogólnej dziedzinie schorzeń narządów rodnych kobiety poza tematami chirurgicznej ginekologji opracowywał Profesor Rosner cały szereg ciekawych problemów. Sprawa nowotworów złośliwych, która nie przestawała Go zajmować do końca życia była treścią kilku Jego doskonałych prac i niezmiernie zajmujących odczytów. Zastanawia się w nich nad sposobami leczenia i etjologją. Tu zaliczam, do dziś dnia tkwiący w mojej pamięci, świetny odczyt Jego, wygłoszony jeszcze w 1913 r. w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem na temat leczenia nowotworów energją promienną, nie wydany jednak drukiem, oraz prace: *„W sprawie przeszczepialności raka"*, *„Thermokauterectomia uteri totalis celem zapobieżenia przeszczepialności raka"*, *„Ciąża a złośliwe nowotwory odbytnicy"*, *„W sprawie etiologji złośliwego nowotworu nabłonków kosmówkowych"*. Nie można także nie wspomnieć o jego dwóch pracach, dotyczących zmian w położeniu macicy, z których szczególnie druga stanowi ciekawy przyczynek do sposobów badania sprawności mięśni podstawy miednicy. Opracowuje wreszcie zagadnienie wyrostka robaczkowego w odniesieniu do schorzeń narządów rodnych kobiety i położnictwa, dalej problem nieprawidłowego zaszczepienia się jaja płodowego, sprawę bólu międzymiesiączkowego i wiele innych. Wygłasza też cały szereg zajmujących odczytów o treści z zakresu ogólnej ginekologji. W odczytach tych daje wyraz swoim zupełnie nowym zapatrywaniom na niektóre sprawy chorobowe. Takim jest np. jego wykład nie ogłoszony drukiem: *„W sprawie wypadania błony śluzowej cewki u staruszek"*, w którym rozwiązuje niezmiernie trafnie etiologję tego cierpienia.

Na pierwszy plan działalności naukowej Profesora Rosnera wysuwają się zupełnie oryginalne w pomyśle i wnioskach, oraz niezmiernie logicznie przeprowadzone prace, zapoczątkowane jeszcze we wczesnej jego młodości a dotyczące przyczyn powstawania, leczenia i powikłań włókniaków macicy. Temat ten porusza on w ośmiu pracach. Najwcześniejsze z nich to prace pod tytułem: *„Włókniaki a ciąża"*, oraz *„O płodności kobiet mających włókniaki maciczne"*. Myśl związku niepłodności względnie nierodzenia z przyczynowością włókniaków, która zakiełkowała w młodym umyśle asystenta nie dała mu i później spokoju. Powraca do niej, jako już doświadczony profesor, pisząc dwie swoje prace, cechujące się wybitną indywidualnością, — a mianowicie: 1) *„Studja nad konstytucją narządów rodnych kobiety"* i 2) *„Mięśniaki macicy i ich usadowienie w świetle nauki o konstytucji"*. W pierwszej z nich stwarza pierwszy w piśmiennictwie światowem pojęcie

konstytucji narządów rodnych kobiety, dzieląc je zależnie od obecności pewnych cech, na trzy grupy. Pojęcie to wzbogaca istotnie zakres wiedzy ginekologicznej, umożliwia zrozumienie nierówności występowania u różnych kobiet niektórych zjawisk fizjologicznych, jak dojrzałości płciowej, okresu przekwitania, miesiączki w czasie karmienia, przyczynia się w wysokim stopniu do ułatwienia rozpoznania i leczenia niektórych schorzeń, oraz jest podstawą końcowego wniosku autora, że „powstanie włókniaków zależne jest od rodzaju konstytucji danej osoby". W drugiej idzie we wnioskach swoich jeszcze dalej i twierdzi na podstawie bardzo dokładnie przeprowadzonych badań, że „konstytucja narządów rodnych odgrywa rolę nie tylko w powstawaniu, lecz i umiejscowieniu włókniaków". Badania te nad konstytucją narządów rodnych kobiety kontynuuje dalej. Wygłasza doskonały odczyt na Pierwszym Zjeździe Ginekologów Polskich w Warszawie p. t.: *„O niedorozwoju morfologicznym i upośledzeniu czynności narządów płciowych kobiety"*; znowu nie ogłoszony drukiem. Odczyt ten może służyć za przykład jego sposobu myślenia, rozumowania, oraz metody pracy z tego okresu jego życia. W okresie tym posługuje się on w zasadzie postępowaniem wypróbowanem w ostatnio wspomnianych dwóch swoich pracach. Pozatem jednak wyniki swoich doświadczeń uzupełnia spostrzeżeniami opartemi na głębokich studjach, nietylko nad konstytucją, ale i nad wpływem przemiany materji na ustrój kobiecy, — sięga, szukając dowodów, do fizjologji roślin i zwierząt — a wiążąc ze sobą uzyskane w ten sposób rezultaty, tworzy przesłanki z których wysnuwa daleko idące, bardzo ścisłe i zupełnie nowe wnioski. Opracowuje teraz sprawę niepłodności i wogóle czynności narządów rodnych kobiety w związku z przemianą materji. Na temat ten wygłasza cały szereg znakomitych odczytów w różnych Towarzystwach Lekarskich Polski, a zajmuje się nim szczegółowo w ostatnich trzech swoich pracach: *„Płodność a przemiana materji", „Otyłość a czynność narządów płciowych", „Otyłość a niepłodność"*. Z prac tych rzuca się w oczy długoletni trud jego badań oraz głębokie studja przedsięwzięte w tym celu nietylko w różnych dziedzinach medycyny, ale i w luźno z nią związanych a należących do zakresu przyrody, jak fizjologja i patologja roślin i zwierząt. Logiczne i jasne przeprowadzenie zasadniczej myśli, wnioski do jakich dochodzi, cechują się nadzwyczajną bystrością i zupełną nowością swej treści.

Z podręczników wspomnę, poza *„Normalną histologją"*, *„Historją rozwoju"* i *„Fizjologją narządów płciowych kobiecych"*, pomieszczonych w tomach zbiorowych, o dużem dziele życia ś. p. Profesora Rosnera a mianowicie o *„Podręczniku Ginekologji"* w dwóch tomach. Jest to właściwie pierwszy podręcznik schorzeń narządów rodnych kobiety w języku polskim w wolnej Polsce. Odznacza się zupełnie oryginalnem opracowaniem i układem, różniąc się pod tym względem od prawie wszystkich podręczników obcojęzykowego piśmiennictwa. Rzeczowo znakomity w ujęciu, niezmiernie pomysłowy, stylistycznie o literackiej wartości, napisany zwięźle, bardzo przystępnie i niepowszednio zrozumiale. W podręczniku tym uwzględnia autor najnowsze badania z zakresu chorób kobiety, najnowsze metody operacyjne, lecznicze i rozpoznawcze, wyrażając przytem bardzo trafne i należycie umotywowane swoje własne krytyczne uwagi. Podręcznik Rosnera to jego myśli i słowa, któremi przemawiał do swoich słuchaczy i któremi nadal do nich przemawiać będzie. W podręczniku tym, którego cała Polska lekarska używa, pozostawił skarbnicę wiadomości dla długich pokoleń jak sam mówi „do użytku dla lekarzy i medyków".

Nie mogę też, chociażby pobieżnie tylko, nieuwzględnić także jego działalności naukowej, ujawniającej się przedewszystkiem w przemówieniach i odczytach, wygłaszanych w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem i w Towarzystwie Ginekologicznem Krakowskiem. Szczególnie tem ostatniem opiekował się z wyjątkową pieczołowitością. Jeden z członków założycieli, długoletni jego prezes, mianowany w dowód zasług położonych około Towarzystwa członkiem honorowym, nigdy nie odmawiał swojej pomocy i materjału naukowego.

Wszyscy pamiętamy przemówienia ś. p. Profesora Rosnera. Wykłady jego gromadziły w tej sali setki słuchaczy. Cechowały się one poza wspaniałą formą, zawsze niezwyczajnością tematu, przyrodniczo-naukowem, wysoce krytycznem i logicznem, niejednokrotnie o głębokim podkładzie filozoficznym, oświetleniem. Są to zresztą zalety wszystkich wogóle prac Rosnera. W każdem swojem wystąpieniu, nawet w krótkich przemówieniach podczas rozpraw umiał zaciekawić słuchaczy nietylko głębokością swojej wiedzy, ale i niezwykłością pomysłów a wszechstronna znajomość różnych działów medycyny i przyrody umożliwiała mu naukowe ujęcie sprawy nawet w tematach niepozostających w ścisłym związku z jego specjalnością.

Na kilka dni zaledwo przed swoją śmiercią zawezwał mnie do siebie ś. p. Profesor Rosner celem wspólnego zastanowienia się nad organizacją i rozdziałem wykładów na najbliższy Zjazd Ginekologów w Krakowie. W związku z tem omawialiśmy zasadniczy temat zjazdowy, dotyczący spraw chorobowych, pozostających w związku z jajeczkowaniem, który postanowił sam opracować. Rozwijał przedemną plan swego odczytu. Miał on być oparty na badaniach histopatologicznych, chemicznych i biologicznych, spostrzeganych zarówno w świecie zwierzęcym, jak i u człowieka. Kształtował zarysy swego dzieła a we wszystkiem tem, co mówił uderzała mnie, jak może nigdy przedtem, wszechstronność jego przyrodniczo-filozoficznego myślenia i logiczność druzgocących wniosków. Odczułem w tej chwili i miałem to wewnętrzne przekonanie, że będzie to najlepsza z prac Profesora Rosnera.

Nie przypuszczałem, że Człowiek ten, tak młody umysłem, ścisły myśliciel i tak energiczny pracownik nie skończy tego oto, zdaniem moim najznakomitszego swego dzieła, a odejdzie w zaświaty, pozostawiając nas w smutku i w zadumie po sobie.

Prace ogłoszone drukiem:

1) Jakiemi drogami tłuszcz i mydło dostają się z jelit do ogólnego obiegu. — Wspólnie z Dr. Czaplińskim. Praca nagrodzona przez Akademję Umiejętności w r. 1888.
2) Włókniaki macicy a ciąża. — Przegląd lekarski 1892.
3) O płodności kobiet mających włókniaki maciczne. — Przegląd lekarski 1893.
4) Z kazuistyki cięcia cesarskiego. — Przegląd lekarski 1893.
5) Ueber die sog. Thermokauterectomia uteri totalis zur Verhütung von Impfrezidiven. — Zentralblatt f. Gyn. 1895.
6) Thermokauterectomia uteri totalis. — Przegląd lek. 1895.
7) Icterus gravidarum. — Nakładem autora 1895.
8) Przyczynek do rozpoznawania porodu mnogiego. — Nowiny lekarskie 1895.
9) W sprawie przeszczepialności raka. — Przegląd lek. 1895.
10) Ueber die Anwendung der Woldhardt Tavelischen Flüssigkeit bei Köliotomien. — Therapeut. Wochenschr. 1895.
11) Nouvelle Methode de l'exstirpation vaginale de l'uterus. — Nouv. Archiv. de Gyn. obst. 1895.
12) O nowym sposobie szwu mięśni prostych po laparotomji. — Rocznik Tow. krak. Gyn. 1896.
13) Przypadek wady rozwojowej macicy. — Rocznik Tow. krak. Gin. 1896.
14) W sprawie zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych. — Pamiętnik VII. Zjazdu Chirurgów polskich 1896.
15) Zur Technik der Discision des ausseren Muttermundes. — Zentralblatt f. Gyn. 1897.
16) W sprawie techniki krwawego rozszerzenia ujścia zewn. macicy. — Przegląd lekarski 1897.
17) Przypadek przedwczesnego odklejenia się łożyska w ciąży. Rocznik Tow. krak. Gin. 1898.
18) W sprawie zabezpieczenia niektórych rodzących przed zakażeniem. — Rocznik Tow. krak. Gin. 1898.
19) W sprawie etjologji złośliwego nowotworu nabłonków kosmkowych. — Rozprawy Wydz. mat. przyrod. Akad. Umiejętn. 1898.
20) Ueber ein ungewöhnliches gegenseitiges Verhältniss der Eihäute von Zwillingseiern. — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1899.
21) Sur la génèse de la grossesse genailaire monochoriale. — Bull. de l'Akad. des Scien. de Grac. 1901.
23) O zaopatrywaniu szypuły guzów brzusznych wychodzących z części rodnych kobiecych. — Przegląd lek. 1901.
24) Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wycięcia macicy. — Przegląd lekarski 1902.
25) W sprawie położnych w naszym kraju. — Przegląd lekarski 1903.
26) Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków. — Przegląd lekarski 1903.
26) Appendicitis w położnictwie i ginekologji. — Przegląd chirurgiczny 1904.
27) Hernia abdominalis uteri gravidi. — Przegląd lek. 1904.
28) Ein Fall von Hernia abdominalis uteri gravidi. — Zentralblatt f. Gyn. 1904.
29) O bólu międzymiesiączkowym. — Przegląd lekarski 1905.
30) Przyczynek do techniki całkowitego wycięcia przez laparotomję macicy dotkniętej włókniakami. — Przegląd lekarski 1907.
31) Z problemów klinicznego nauczania położnictwa i ginekologji. — Wykład wstępny 15. XI. 1907. Przegląd lek. 1907.

32) W sprawie tamowania krwotoku podczas hebosteotomji. — Przegląd lekarski 1908.
33) Zur Blutstillung bei Hebosteotomie. — Gyn. Rundschau 1908.
34) Uwagi o ciąży brzusznej. — Przegląd lekarski 1910.
35) Cięcie cesarskie pochwowe, jako metoda przerwania ciąży. Przegląd lekarski 1911.
36) Der vaginale Kaiserschnitt als Methode der Schwangerschaftunterbrechung. — Gyn. Rundschau 1911.
37) Kilka uwag o wskazaniach i rokowaniu cięcia cesarskiego zaotrzewnowego. — Przegląd lekarski 1911.
38) Corpus luteum graviditatis u. sog. Schutzfermente in der Schwangerschaft. — Bull. de l'Akad. des Scien. de Grac. 1913.
39) Normalna histologja narządów płciowych kobiecych w podręczniku histologji Prof. Hoyera.
40) Historja rozwoju narządów płciowych, wspólnie z Dr. Godlewskim. — Histologja prof. Hoyera.
41) Ciąża a złośliwe nowotwory odbytnicy. — Przegląd lekarski 1915.
42) Fizjologja narządów płciowych kobiecych. — Podręcznik Fizjologiczny. T. II. 1915.
43) Kilka praktycznych uwag o wiewiórze u kobiet i dziewczątek. — Przegląd lekarski 1916.
44) Etjologja wypadnięcia narządów płciowych kobiet a badanie ginekologiczne. — Przegląd lekarski 1916.
45) Der Prolapsus nulliparer Personen u. der musculöse Beckenboden. — Gyn. Rundschau 1916.
46) O chorobach płciowych. — (Wykład dla kobiet 1917).
47) Studja nad konstytucją narządów płciowych kobiet. — Rozprawy Wydz. mat. przyr. Akad. Umiejętn. 1918.
48) Contribution a l'Etude de la Constitution des organes genit. — Bull. de l'Acad. des Scien. Grac. 1918.
49) Guzy jajnikowe podczas ciąży a cięcie laparatomijne. — Przegląd lekarski 1919.
50) Mięśniaki maciczne i ich usadowienie w świetle nauki o konstytucji narządów płciowych kobiecych. — Przegląd lekarski 1923.
51) La pathogenese des myoms et l'etat constitutionels des organes genite de la femme. — Gyn. et Obst. 1922.
52) La localisation des myomes uterins et la constitution des organes genotaux de la femme. — Gyn. et Obst. 1922.
53) Przyszycie macicy do powłok brzusznych a ciąża. — Polskie Czasopismo lekarskie 1921.
54) Hysteropexie et gestation. — Gyn. et Obst. 1922.
55) Podręcznik ginekologji 2 tomy 1924.
56) Z dziedziny wątpliwości i pomyłek na pograniczu rozpoznawczem ginekologji. — Polska Gazeta lekarska 1926.
57) Praktyczne uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia hyperemesis gravidarum. — Ginekologja Polska 1928.
58) Płodność a przemiana materji. — Pol. Gaz. lek. 1928.
59) Otyłość a czynność narządów płciowych kobiety. — Pol. Gazeta lekarska 1928.
60) Otyłość a niepłodność. — Ginekologja Polska 1929.

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Zenon ORŁOWSKI, Wilno.
Dr. Wł. KROTOW, asystent kliniki.

W sprawie cholecystografji *).

Z I-ej kliniki wewnętrznej U. S. B. w Wilnie
i pracowni radjologicznej przy niej.
Kierownik: Prof. Dr. Zenon Orłowski.

Kiedy przeszło 30 lat temu Würzburski profesor Dr. W. Röntgen wprowadził do diagnostyki lekarskiej promienie, nazwane przez niego promieniami „X", a na wniosek Köllikera — promieniami Röntgena, początkowo medycyna korzystała z nich prawie wyłącznie do badań kości i narządów klatki piersiowej (płuc, serca, dużych naczyń krwionośnych). Co do narządów jamy brzusznej, to długi czas uważano je za niedostępne do badań. Nie dały zadowalniających rezultatów, wobec czego prędko poszły w niepamięć, próby Straussa w 1896 r. określania dolnej granicy żołądka przez wprowadzenie do niego zgłębnika, albo kapsułek, zawierających sole bismutowe, a za nim próby Levy-Dorna (1) w 1898 r., jak również próby Rosenfelda w 1899 r. rozdymania żołądka albo powietrzem, wprowadzonem przez sondę, albo dwutlenkiem węgla, stosując do tego sodę i kwas winny [1]).

Próby te, aczkolwiek nieudatne, mają duże znaczenie w dziejach radiodiagnostyki, gdyż faktycznie były to pierwsze próby kontrastowania narządów w celach diagnostycznych: one to spopularyzowały samą ideę kontrastowania, które rychło zostało zastosowane i do innych narządów jamy brzusznej — do pęcherza moczowego (Wittei, Burkhard (1), do miedniczek nerkowych, wogóle do wszystkich narządów jamy brzusznej (pneumoperitoneum Rautenberga), do stawów i t. d. Metody te, t. zw. pneumografje, t. j. wypełnienie narządów, ewent. jam ciała powietrzem albo gazem, nie nabyły większego rozpowszechnienia; utrzymały się jedynie pneumo-encephalo- i ventriculo-grafja (Dandy, Bingel (1), również wytwarzanie sztucznej odmy w tkance łącznej okołonerkowej.

Nową erę w historji rozwoju radjologji stworzyło zastosowanie przez Riedera w 1906 r. metody kontrastowania żołądka przy pomocy wprowadzenia do niego t. zw. obiadu Riedera, składającego się z 400 g mieszanki bizmutowej. Myśl Riedera wykorzystał Hildenbrand do badań jelit grubych, wlewając do rectum mieszankę bismutową w większej ilości.

Świetne wyniki metody Riedera zmusiły badaczy do poszukiwania środków i sposobów kontrastowania innych narządów. Völker i Lichtenberg (1) w 1906 r. zastosowali 5% collargol do pęcherza, moczowodów i miedniczek nerkowych. Cameron, a za nim Joseph i Braasch (3) zamiast collargolu wprowadzili sole Br. i J. Sergent i Forestier (1) stworzyli bronchografję, Sicard (1) — myelografję, używając jako kontrastu lipjodolu.

Nie trudno widzieć, że za wyjątkiem pneumo-encephalo-grafji wszystkie te metody tyczą się narządów, mających względnie łatwą komunikację ze światem zewnętrznym; nie nadają się one wcale do narządów leżących bardzo głęboko, albo bardzo mało dostępnych. Tyczy się to przedewszystkiem wątroby i pęcherzyka żółciowego. A tymczasem cierpienia pęcherzyka wzgl. kamica żółciowa jest chorobą bardzo częstą i niekiedy niezmiernie trudną do rozpoznania. Normalny zaś pęcherzyk żółciowy tylko wyjątkowo może się zaznaczyć na rentgenogramie, jako jednostajny delikatny cień o zarysach ostrych lub zamazanych kształtu gruszkowatego. Dane te dla celów djagnostyki lekarskiej są zupełnie niewystarczające.

Pierwszy Müller i Burkhardt (4) w 1921 r. zastosowali nakłucie pęcherzyka żółciowego przez powłoki brzuszne i wprowadzili doń rozczyn kollargolu. Ze zrozumiałych powodów metoda ich, jako bardzo niebezpieczna dla życia badanego osobnika, nie znalazła uznania i obecnie ma tylko historyczne znaczenie. Ale początek był zrobiony; zaczęto usilnie szukać tak środka cieniującego, jak i sposobów wprowadzenia jego do pęcherzyka żółciowego, nie narażając przytem na niebezpieczeństwo ani zdrowia ani życia chorego. Zadanie było niełatwe: należało wyszukać środek, który 1) wydzielałby się nie przez nerki z moczem, lecz przez wątrobę z żółcią, 2) miałby wysokie własności cieniujące przez to, że nie przepuszczałby promieni X i tem samem dawałby wyraźny cień i 3) nie byłby szkodliwy dla ustroju.

D'Abel i Rowntre (17) pierwsi spostrzegli, iż niektóre połączenia chloru z fenolftaleiną wydzielają się z organizmu z żółcią przez wątrobę w ilości okoko 75%. W 1922 r. Rosenthal (4) wykorzystał tę zdolność tetrachlorphenolphtaleiny do badania zdolności czynnościowej wątroby. Opierając się na tych faktach Graham i Cole (5) w 1924 r. zastosowali tetrachlorphenolphtaleinę do badań pęcherzyka żółciowego, lecz okazało się, że nie daje ona cienia. Niespożytą ich zasługą jest to, że zamienili oni chlor bromem: mianowicie, zastosowali oni sól sodową tetrabromphenolphtaleiny: 5 g tej soli rozpuszczali w 40 cm^3 wody destylowanej, wyjaławiali i rozczyn ten zastrzykiwali bardzo powoli do żyły dwuczasowo z przerwami od pół godziny do 2 godzin. Dalsze badania (Whitaker, Milliken (4) pokazały, że połączenia jodu dają jeszcze lepsze rezultaty, mają one bowiem zdolność pochłaniania promieni X znacznie większe, niż połączenia bromu, co zależy od tego, że jod ma znacznie większy ciężar gatunkowy niż brom (mianowicie — 128 podczas gdy Br. — 80). Wobec tego dla otrzymania cienia pęcherzyka o tem samem nasyceniu wystarcza wstrzyknąć mniej więcej połowę tej dawki preparatu jodu, co preparatu bromu. Toksyczność zaś obu połączeń jest jednakowa.

---

*) Wygłoszono na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 15 stycznia 1930 roku.

[1]) Ostatnimi czasy P. Düval, J. Ch. Roux, H. Béclère (2) próbowali wznowić tę metodę, t. zw. pneumogastrografję, wnosząc do niej pewne modyfikacje; autorowie twierdzą, że w rozpoznawaniu nowotworów żołądka pneumogastrografja stanowi metodę wyboru.

Pierwsze próby Grahama i Cole dały wyniki do tego stopnia zachęcające, że stworzyły one odrazu nowy niezmiernie ważny dział radiodiagnostyki — dział t. zw. cholecystografji. Publikacje ich wywołały w świecie lekarskim ogromne zainteresowanie, o czem najlepiej świadczy nadzwyczaj bogate piśmiennictwo we wszystkich kulturalnych językach. Rychło jednak okazało się, co zresztą zauważyli już i sami Graham i Cole, że metoda dożylna nie jest już tak obojętna dla ustroju, że nie zawsze i wszędzie można ją stosować: w piśmiennictwie zaczęły się mnożyć opisy przypadków zatorów żylnych, martwicy w miejscu zastrzyku, nieznośnych bólów głowy, dreszczów wstrząsających, podniesienia ciepłoty ciała, omdleń, groźnych spadków ciśnienia krwi i t. d. Na niczem spełzły próby uniknięcia tych komplikacyj zapomocą zastrzyków kontrastu w ogromnie rozcieńczonej postaci i bardzo powoli, lub zapomocą dodatkowych zastrzyków adrenaliny, atropiny, hypophyzyny. To też nic dziwnego, że nawet zwolennicy dożylnej metody nie radzą jej stosowania w ambulatoryjnej praktyce, co ma ogromne znaczenie dla lekarzy praktyków, dla rentgenologów w prywatnych gabinetach. Powstają dosyć trudne warunki i specjalne i życiowe do rozpowszechnienia metody, do jej popularyzacji, bo cóż po metodzie, dającej chociażby najświetniejsze wyniki, jeżeli ją można stosować tylko w klinikach, w większych szpitalach i w dodatku połączona ona jest z powikłaniami nieraz bardzo ciężkiemi. Rebus sic stantibus stanie się zupełnie zrozumiałe dążene do wynalezienia innych środków cieniujących jak również i innych dróg wprowadzania już to ich, już to tetrajodphenolphtaleiny, dróg jak również i środków mniej niebezpiecznych i mniej szkodliwych dla organizmu, Sabatini i Milani (6) zaproponowali Natrium et Strontium bromatum aa 10,0 w 200,0 wody — jednorazowo na noc. Metoda ich prędko poszła w niepamięć. Pribram (7) w 1926 r. zaproponował połączenie jodu z atofanem (kwas dijodphenylchinolinkarbinowy, w skróceniu — dijodatophan, biloptin), wychodząc ze znanego faktu, że atophan wydziela się z żółcią. Cholecystogramy rzeczywiście wychodziły bardzo wyraźnie i ładnie. Bardzo prędko jednak okazało się, że środek daje ciężkie niebezpieczne dla życia żółtaczki, uporczywe wymioty (Schwarz, Kingreen, Hitzenberger (8, 9, 10), przejściowe uszkodzenia nerek (Herman, Kamnitzer (11, 12). W rezultacie sama firma (Schering-Kahlbaum) pośpieszyła wycofać preparat z obiegu.

Po nieudatnych próbach z szeregiem innych środków zwrócono się znowu do tetrajodphenolphtaleiny. Stegeman 13) w r. 1925 zaproponował kroplowe wlewania rozczynu jej per rectum w ciągu 1, 5 — 2 godzin. Metoda jego jednak nie uzyskała uznania, gdyż okazało się, że środek niezmiernie silnie drażni śluzówkę jelit, wywołując stany zapalne ich, rozwolnienia, co naturalnie uniemożliwiało wchłanianie go i tem samem daje wysoki % ujemnych wyników nie mówiąc już o tem, że jest ona niewygodna, uciążliwa i zabiera dużo czasu. Jeszcze mniej powodzenia miały próby podawania kontrastu per rectum w czopkach.

Po niefortunnej próbie Stegemanna uwaga badaczy siłą rzeczy skoncentrowała się na doustnej metodzie wprowadzenia do ustroju tetrajodphenolphtaleiny, jako metodzie naturalnej i najwięcej dogodnej i dla chorych i dla lekarzy; na przeszkodzie jednak stało to, że środek, wprowadzony w czystej postaci do żołądka, jako prawidło, wywołuje silne podrażnienie go, a co zatem idzie — nudności i wymioty. Należało więc rozstrzygnąć kwestję, jak przeprowadzić środek przez żołądek, nie wywołując podrażnienia jego. Zwrócono się do wlewania rozczynu środka przez sondę dwunastniczą do dwunastnicy (Palewski i Weiss (14), a nawet do jejunum (Stewart, Einhorn, Ryan (14), ale i to zawiodło, gdyż okazało się, że śluzówka dwunastnicy tak samo nie znosi tetrajodphenolphtaleiny jak i śluzówka żołądka; w dodatku samo wprowadzenie sondy do dwunastnicy a tem bardziej do jelita czczego, nie jest łatwym zabiegiem i wymaga dużej cierpliwości od chorego. Zwrócono się więc do podawania kontrastu w kapsułkach keratynowych wzgl. poddanych działaniu formaldehydu, keratyna bowiem nie rozpuszcza się w kwaśnem środowisku żołądka, rozpuszczając się tylko w alkalicznem środowisku jelit. Zollschan (15) zaproponował nawet specjalną metodykę przygotowywania takich kapsułek ex tempore: stara bowiem keratyna, według jego twierdzenia, nie rozpuszcza się nawet w jelitach, czem się i objaśnia wysoki % ujemnych wyników po zastosowaniu keratynowych kapsułek fabrycznego wyrobu, leżących dłuższy czas. M. Cohn (16) stosował kerasol, umieszczając go w podłużnych celluidynowych kapsułkach, składających się z 2 części, wsuniętych jedna w drugą i pokrytych w dodatku specjalną smołą dla przeszkodzenia rozpuszczania się otoczki w żołądku. Schlesinger i Rachwalski (17) zaproponowali kombinację tetrajodphenolphtaleiny z kwasami żółciowemi w postaci kapsułek „videofel" i t. d.

To i inne tego rodzaju postępowanie w znacznym stopniu zmniejszało przykre uboczne zjawiska ze strony żołądka: najczęściej występowały mniej lub więcej znaczne nudności, czasami wymioty, zwłaszcza gdy otoczka kapsułek była nie zupełnie szczelna, albo gdy się rozpuszczała przedwcześnie w żołądku, co się zdarzało nie tak już rzadko. Eisler i Nyiri (18) na 70 badanych u 30 obserwowali bóle głowy, nudności, wymioty, lekkie rozwolnienia. Dla zapobieżenia tym rozwolnieniom oraz przykremu nieraz parciu na stolec niektórzy badacze jednocześnie z kontrastem podają w tej lub innej postaci makowiec.

Mimo te wszystkie braki, mimo, iż wiele pacjentów wprost nie było w stanie połykać dużych kapsułek, doustna metoda wprowadzenia do pęcherzyka żółciowego kontrastu znalazła w radiodiagnostyce szerokie zastosowanie: według Cohn'a (16) w Stanach Zjednoczonych A. P. stanowi ona prawidło; dożylne postępowanie stosuje się tylko wtedy, gdy ujemne wyniki doustnej metody prowadzą do daleko idących wniosków. Mniej więcej to samo Kirklin (19) mówi w stosunku do Niemiec. Zwolennikami doustnej metody są — Zollschan (15), Roseno (20), Stieda i Schmidt (21), Mintz (22), Garcin (23), Eisler i Nyiri (24) i t. d. Ostatni autorowie nazywają nawet doustną metodę — metodą wyboru. Każdy z autorów wprowadza swoje modyfikacje metody, lecz wszyscy dążą do jednego celu — do zmniejszenia wzgl. usunięcia ubocznego działania kontrastu, oraz do zwiększenia znaczenia metody.

Ujemną stroną doustnego postępowania, stroną ogromnie obniżającą znaczenie otrzymywanych wyników, a eo ipso i — wartość metody, jest to, że kapsułki bardzo często wcale się nie rozpuszczają w jelitach (o czem już była mowa) co łatwo stwierdzić radjologicznie. Lecz nawet i w tych przypadkach, w których kapsułki zdążyły się rozpuścić, rozpuszczanie a eo ipso i wchłanianie kontrastu odbywa się niejednocześnie i nierównomiernie, nie mówiąc już o tem, że, jak się przekonano radjologicznie, niekiedy kontrast zbija się w jelitach w grubsze masy i nie wchłania się wcale, co się zdarza nie tak rzadko i co stanie się zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy sobie w jak zbitej postaci jest kontrast w kapsułkach. „Kto choć raz próbował otworzyć kapsułkę, zdziwi się, jak dużo pracy wymaga to przedsięwzięcie" mówi Cohn (16) o kapsułkach Mercka, a myśmy to samo stwierdzili na krajowym preparacie — tetrakontrast L. Spies: w paru przypadkach, gdy chwilowo zabrakło nam tetrakontrastu w proszku, zdecydowaliśmy się wydostać go z kapsułek. Wydostaliśmy go naturalnie, ale ile pracy wymagało to od nas! Sam kontrast był twardy jak kamień!

Wobec tak wielkiej ilości wchodzących w grę czynników, wpływających na wynik cholecystografji doustną metodą, czynników nadomiar bardzo zmiennych (stopień świeżości keratyny, stopień zbitości kontrastu w kapsułkach, mniej lub więcej prędki lub powolny czas rozpuszczania się kontrastu, mniejsza lub większa ilość rozpuszczonego kontrastu, indywidualnie różna szybkość wchłaniania kontrastu [2]) i t. d.) — nie można się dziwić, że rezultaty cholecystografji zapomocą doustnej metody są bardzo względne: wszystko to pozwala w każdym danym przypadku kwestjonować wynik badania, zwłaszcza w razie ujemnego wyniku. To też nic dziwnego, że doustna metoda miała i ma wielu poważnych przeciwników i że myśl ludzka szukała wciąż sposobu udoskonalenia metody. Zdaje się że rok 1929 rozwiązał kwestję jeżeli nie całkowicie, to w każdym razie posunął ją daleko naprzód ku całkowitemu rozwiązaniu.

Na ostatnim międzynarodowym radjologicznym kongresie w Stockholmie podał Sandström (25), że udało mu się zmodyfikować doustną metodę do tego stopnia szczęśliwie, że daje ona minimum ubocznych objawów, a jednocześnie wynik jej mało czem się różni od dożylnej metody. Metoda Sandströma jest właściwie modyfikacją sposobu Kirklina, który wpadł na myśl podawać kontrast w soku winogronowym. Pod wpływem zawartych w soku tym kwasów sodowa sól tetrajodphenolphtaleiny powoli przechodzi w czystą tetrajodphenolphtaleinę (tetrajodoxyphtalophenon), t. j. w bezwodnik, który w przeciwieństwie do soli sodowej nie podrażnia błony śluzowej żołądka, i który w alkalicznem podłożu jelit najprawdopodobniej częściowo powoli przechodzi w łatwo rozpuszczalną i łatwo wchłanialną sól sodową. Kirklin, jak tylko co było powiedziano, stosował sok winogronowy, Sandström zaś zastosował wodę mineralną, zawierającą w dużej ilości bezwodnik węgla (szczawę), naturalną wzgl. sztuczną, która

[2]) Grynkraut (29), opierając się na badaniach Besredki, stwierdzających, że żółć wołowa zwiększa zdolność absorbcyjną śluzówki jelit, zaproponował w 1928 r. uprzednie podawanie żółci dla łatwiejszego wchłaniania kontrastu.

wogóle wszędzie dostać łatwiej, niż sok winogronowy. Prawdopodobnie z tego powodu modyfikacja Sandströma zwróciła na siebie ogólną uwagę.

Hofmann (25) sprawdzał znaczenie dla kliniki sposobu Sandströma: stosował on preparat Mercka t. zw. oral-tetragnost. Przez dodanie do tetragnostu ściśle określonej potrzebnej ilości kwasów owocowych firma Merck wypuściła na rynek farmaceutyczny t.zw. Oral-tetragnost, w którym już od dodania samej zwykłej wody wytwarza się bezwodnik. Oprócz Hofmanna nad oral-tetragnostem pracowali Baetzner (26), Brockman i Schenk (26), Geling (27), Taterka (28). Ten ostatni w szeregu przypadków stosował zwykły tetragnost Mercka, rozpuszczając go już to w wodzie selterskiej, już to w rozczynie musującego proszku.

Na podstawie swoich badań wymienieni autorzy przyszli do przekonania, że wprowadzenie do radiodjagnostyki Oral-teragnostu (metody Sandströma) stanowi bardzo duży krok naprzód. Brockman i Schenk, reasumując wyniki swoich spostrzeżeń, przychodzą do wniosku, że metoda Sandströma ogranicza w znacznym stopniu stosowanie metody dożylnej, jest bowiem łatwą w zastosowaniu, całkiem nieszkodliwą i przewyższa metodę kapsułkową. Taterka nazywa oral-tetragnost niezawodnym, pewnym i nieszkodliwym środkiem. Wyniki, otrzymane przez wszystkich tych autorów, stają się zrozumiałe, jeżeli uwzględnimy, że wchłanianie środka w jelitach odbywa się równomiernie, nie wywołując podrażnienia jelit. Stwarza to warunki, sprzyjające powstaniu odpowiedniego stężenia kontrastu a co ipso uwidocznienia pęcherzyka na kliszy.

Świetne wyniki, które otrzymali niemieccy autorowie, dały pochop klinice zastosować i u siebie metodę Sandströma. Postawiliśmy sobie 2 zadania: sprawdzić, o ile są słuszne twierdzenia autorów, tem bardziej, że jak niżej zobaczymy, są pewne rozbieżności u różnych autorów, a po wtóre — zbadać, o ile do tej metody nadaje się nasz krajowy preparat — tetrakontrast L. Spiess[3]). Rozpoczęliśmy więc pracę nad tetragnostem Mercka (6 przypadków), zakończyliśmy ją — tetrakontrastem L. Spiessa w proszku. Technika podania kontrastu była prosta: do szklanki wsypywaliśmy 4,0 proszku, poczem powoli, wciąż mieszając, dodawaliśmy 200—250 cm³ zwykłej wody sodowej, bogatej w bezwodnik węgla, i łatwej wszędzie do nabycia w syfonach. Woda sodowa natychmiast zabarwia się na niebieski kolor, który powoli blednieje, tak że po pedantycznem rozmieszaniu przez dłuższy czas (10—15 minut) i po zemulgowaniu preparatu otrzymujemy pianistą zawiesinę mleczną o szarem zabarwieniu, o smaku w każdym razie niewstrętnym. Ta zmiana zabarwienia dowodzi, według Kirklina, że w rozczynie już jest nie sól sodowa kontrastu lecz jego bezwodnik. Zwracamy szczególną uwagę, by wszystko rozpuściło się dokładnie, by na dnie nie pozostały nawet najdrobniejsze niebieskie kryształki: obecność, chociażby niewielkiej ilości ich może wywołać natychmiast wymioty. Zawiesina powinna być nadzwyczaj delikatna: według Hofmanna siła działania i wchłanialność środka stoi w prostym stosunku do rozdrobnienia zawiesiny. Tu prawdopodobnie zdaniem jego, leży klucz wyników metody. Sandström radzi wypijać kontrast bardzo powoli; przekonaliśmy się jednak, że jest to niepotrzebna ostrożność, o ile rozdrobnienie zawiesiny doprowadzone jest ad maximum. W przeddzień badania chory otrzymywał lekki posiłek najpóźniej o 12-ej godz. w południe. O godz. 16-ej (4-ej po poł.) chory otrzymywał lawatywę, o godz. 19-ej (7-ej po poł.) kolację, składającą się z 300,0 kaszy mannej i 100,0 masła. W ten sposób pobudzaliśmy czynność wydzielniczą wątroby i wywoływaliśmy opróżnienie pęcherzyka z żółci w nim zalegającej. Po upływie godziny po kolacji t. j. mniej więcej o godz. 20-tej min. 15—20 chory wypijał zawiesinę kontrastu, po czem otrzymywał zlecenie leżeć możliwie długo na prawym boku. Przekonaliśmy się jednak, że i ten warunek nie jest bezwzględnie potrzebny. Po zażyciu kontrastu zabraniało się choremu spożywania pokarmów i płynów aż do ostatniego zdjęcia. Pierwsze zdjęcia robiliśmy o 8-ej zrana t. j. po upływie 12 godzin po wypiciu zawiesiny. Następne zdjęcia robiliśmy co godzina t. j. po 13, 14, 15 godz. Używaliśmy do tego przesłony Bucky-Pottera i dosyć miękkich promieni. Układaliśmy chorego zawsze na brzuch, centrowaliśmy na ostatnie żebro. W tych warunkach cień pęcherzyka zarysowuje się zwykle w środku kliszy. Tam gdzie warunki pozwalały na to, wynik ujemny cholecystografji sprawdzaliśmy powtórnem zdjęciem albo tak samo doustną metodą albo dożylną. Do badania powtórnego przystępowaliśmy najwcześniej po upływie 5—6 dni, żeby mieć absolutną pewność, że podany do pierwszego badania kontrast całkowicie już się wydzielił z organizmu, aczkolwiek badania moczu na obecność w nim jodu dawały ujemny odczyn już po upływie doby od czasu zużycia kontrastu. U wszystkich chorych badano sprawność czynnościową wątroby (zapomocą galaktozy), u tych zaś, którzy mieli jakiekolwiek dolegliwości żołądkowe badano oprócz tego sok żołądkowy wobec twierdzeń Hinesa (30), że u osobników cierpiących na brak kwasu solnego w soku żołądkowym cholecystografja w ogromnej większości przypadków daje wyniki ujemne.

Studjowaliśmy metodę Sandströma na 24 chorych klinicznych. Z nich 16 osób według wszelkich danych klinicznych miało zupełnie zdrowy pęcherzyk. Chorzy ci nie podawali wcale skarg w tym kierunku. Byli to chorzy albo neurastenicy albo cierpiący na dolegliwości ze strony żołądka wzgl. jelit. Reszta 8 osób cierpiała przeważnie na cholelithiasis, cholecystitis. W pierwszej grupie osób zdjęcia dały dodatni wynik w 12 przypadkach. W 4 przypadkach wynik był ujemny. W jednym przypadku wynik ten był sprawdzany dożylną metodą, która też dała wynik ujemny. Nie łatwo orzec, czem w każdym danym przypadku należy objaśnić brak cienia zdrowego pęcherzyka: w grę wchodzi zbyt dużo czynników, wpływających na wynik cholecystografji. Wyżej już była mowa o tem. Tu dodamy, że duże znaczenie ma drożność przewodów żółciowych, zdolność ścianek pęcherzyka koncentrowania swej zawartości, zdolność czynnościowa wątroby. W niedomodze sercowej cienie nigdy nie są dobre, a w daleko posuniętych osłabieniach mięśnia sercowego — często wcale nie występuje wypełnienie. Przyczyna — powolna resorbcja, a także niedostateczna zdolność wydzielania zastoinowej wątroby. Grebe (30), szukając przyczyn braku albo słabości cienia od zdrowego pęcherzyka, przyszedł do wniosku, że przyczyną tego zjawiska są wpływy odruchowe sąsiednich albo dalej leżących gniazd patologicznych: najprawdopodobniej, chodzi w tych razach o stany spastyczne w drogach żółciowych, co utrudnia wydzielanie barwika do pęcherzyka żółciowego: zdarza się to we wrzodach dwunastnicy, żołądka, w schorzeniach trzustki, adneksów, tbc. jelit, w nowotworach narządów jamy brzusznej. Zapomocą zastrzykiwań atropiny Grebe usuwał te wpływy odruchowe i wówczas otrzymywał dodatnie wyniki i w tych przypadkach, w których uprzednio bez atropiny wynik badania był ujemny.

W naszych 4 przypadkach, które dały ujemny wynik, w jednym przypadku chory cierpiał na wrzód dwunastnicy (tu i dożylna metoda dała wynik ujemny), w drugim — na gastritis hyperacida, w trzecim — na enterocolitis chronica, w czwartym wreszcie — na urazowy abscessus ścianki klatki piersiowej (chory nie gorączkował). W pierwszych 3 przypadkach zależało to najprawdopodobniej od spastycznego stanu dróg żółciowych (o ile, naturalnie, możemy z całą pewnością wykluczyć istnienie jakichkolwiek nieuchwytnych zmian patologicznych z ich strony). Postępowania Grebego nie robiliśmy: nie chodziło nam o przyczynę braku cienia, chodziło — o zbadanie zalet i wad metody Sandströma. W czwartym przypadku nie zdążyliśmy sprawdzić ujemnego wyniku powtórnem badaniem, gdyż chory nazajutrz po badaniu został przeniesiony na chirurgiczny oddział.

W drugiej grupie chorych (8 osób) zdjęcia dały dodatni wynik w 5 przypadkach, ujemny w 3 przypadkach. W jednym przypadku pierwsze badanie dało ujemny wynik, powtórne zaś — dodatni. W drugim przypadku ujemnego wyniku — cholelithiasis — zastosowaliśmy do powtórnego badania dożylną metodę według Grebego; wynik badania był też ujemny.

Co do czasu występowania cienia, to w 4 przypadkach zdjęcie po 12 godz. dało jeszcze wynik ujemny, a w drugich 4 — dosyć słaby cień. W ogromnej większości przypadków najwyraźniejsze cienie dawały zdjęcia po 14 godzinach, w 2 przypadkach — po 13 godzinach. 12 przypadków dały bardzo gęste cienie, nie gorsze od cieni po dożylnej metodzie (a zrobiliśmy w klinice do jesieni 1929 roku zgóra 150 cholecystogramów różnemi metodami), (Ryc. 1, 2) reszta średnio gęste albo — słabe. Pod tym względem nie zauważyliśmy różnicy między tetragnostem Mercka a tetrakontrastem L. Spiessa. Pod słowem — dobry — rozumiemy cień o dosyć ostro odciętych gładkich brzegach, a sam cień na całej przestrzeni jest równomierny (Ryc. 1, 2). Cień pęcherzyka bywa kształtu przeważnie owalnego, zwykle w górnej połowie przewężony. Rzadziej kształt bywa okrągły. Umiejscowienie cienia też ulega różnym zmianom indywidualnym: czasami widzimy jak wystaje z pod cienia wątroby, czasami prawie przylega do kręgosłupa. U jednego i tego samego osobnika spotykamy w różnych zdjęciach i kształt i umiejscowienie inne.

Jak znosili nasi chorzy kontrast? Otóż 18 osób po wypiciu zawiesiny czy to tetragnostu czy tetrakontrastu nie odczuwały absolutnie żadnych dolegliwości, związanych z zażyciem zawie-

---

[3]) Za łaskawe dostarczenie klinice na jej żądanie potrzebnej ilości preparatu składamy na tem miejscu firmie L. Spiess serdeczne podziękowanie.

siny. 4 osoby skarżyły się na nieznaczne krótkotrwałe nudności i przemijające też krótkotrwałe bóle w prawem podżebrzu w nocy. 1 osoba dostała w nocy rozwolnień bez jakichkolwiek bólów (wynik badania — słabe cienie po 13, 14, 15 godzinach), po 12 — jeszcze brak cienia. O możliwości otrzymania nawet bardzo wyraźnego cienia pomimo, iż chory dostał biegunki po zażyciu kontrastu — wspomina Adelfang (31). Hofmann (25) obserwował biegunki w 17% swoich przypadków, mimo to wszystkie te przypadki dały cholecystogramy bez zarzutu. 1 osoba dostała po zażyciu zawiesiny jednorazowych wymiotów. W tym przypadku widocznie zawiesina była jeszcze niezupełnie gotowa: po upływie tygodnia powtórzyliśmy jej badanie i tym razem chora zniosła zawiesinę świetnie, nie podała absolutnie żadnych skarg. Cholecystografja wyszła dodatnio.



Ryc. 1.
A.G-ć. Tetragnost Merck. Metoda Sandströma.

Jeżeli teraz porównamy wyniki naszych badań z wynikami badań innych autorów, to zobaczymy, że naogół są one dosyć zgodne ze sobą, aczkolwiek, naturalnie, u pojedyńczych badaczy dają się zauważyć pewne rozbieżności. Tak H. Adelfang (32), stosując metodę Sandströma, otrzymał liczbę wyników dodatnich nie przekraczającą 60% wyników otrzymywanych metodą dożylną. Baetzner w swoich 60 przypadkach otrzymał 100% dodatnich wyników. Hofmann w 65 przypadkach otrzymał 53 dodatnie cholecystogramy. W 20 przypadkach cienie niczem się nie różniły od cieni otrzymywanych dożylną metodą. 29 zdjęć dały ładne wyraźne cienie, w 4 przypadkach cienie, aczkolwiek były słabo zaznaczone, jednak dostatecznie wyraźne. Reszta 12 przypadków dały ujemne cholecystogramy. Z tych 65 przypadków 46 stanowili osobnicy o normalnie funkcjonującym pęcherzyku żółciowym. 19 osób wśród nich dały bardzo ładne cienie, 22 — dobre, 3 — słabe i tylko 2 — ujemne. 19 przypadków klinicznie mniej lub więcej wyraźnych schorzeń pęcherzyka dały 9 dodatnich cholecystogramów, 10 — ujemnych. Taterka u 20 zdrowych osobników otrzymał 100% dodatnich wyników. Powiedzieliśmy że Hofmann wyniki badania uzależnia od stopnia rozdrobnienia zawiesiny kontrastowej. Taterka dodaje do tego jeszcze szereg postulatów: 1) w okresie przygotowawczym nie należy stosować środki czyszczące jednocześnie z płynną djetą dłużej niż jeden dzień, żeby nie osłabiać zbytnio chorego i nie wywołać nadmiernego wzmożenia perystaltyki jelit, co może obniżyć wchłanianie kontrastu. Środek czyszczący powinien być podany z takiem wyrachowaniem, by ostatni płynny stolec był najpóźniej po południu tego dnia, w którym wieczorem ma być podany kontrast, 2) dla zmniejszenia ilości gazów w jelitach zwłaszcza w flexura coli hepatica należy choremu w okresie przygotowawczym podawać węgiel zwierzęcy 4 razy dziennie po 0,5. Między ostatniem zażyciem węgla a podaniem kontrastu powinien być odstęp czasu minimum 5 godz., 3) zdjęcia radjologiczne u osobników młodszych (poniżej 30 lat) należy rozpoczynać już po 12 godzinach i robić je co godzina do 16-tej godz. U osobników starszych, lub z pewnemi zaburzeniami krwiobiegu ewent. z niedomogą wątroby najlepsze zdjęcia wychodzą nie wcześniej niż po 14 godzinach; zdjęcia należy powtarzać co godzina do 16 — 18 godziny, 4) u osobników cierpiących na napady kamicy żółciowej badania należy rozpoczynać nie wcześniej niż w 10 dni po ostatnim napadzie.

Co do ubocznych objawów, to Hofmann w nieznacznej ilości przypadków stwierdził lekkie nudności, zwłaszcza u kobiet. Wymioty wystąpiły u 4 chorych. 2 chore dostały lekkich rozwolnień, naogół jednak chorzy znosili dobrze kontrast, Brockman i Schenk wśród swoich chorych spostrzegali 2 razy wymioty w zależności od tego, że kontrast nie był należycie przygotowany i w dodatku chorzy wypili zawiesinę za prędko. Powtórne podanie kontrastu z uwzględnieniem tych przyczyn ciż sami chorzy znieśli doskonale. Taterka przeprowadził badania na 150 pacjentach i otrzymał wymioty 4 razy, co zdaniem jego zależało od tego, że chemiczny proces przetwarzania kontrastu w bezwodnik widocznie nie był całkowicie ukończony. W 6 przypadkach autor obserwował rozwolnienia. U chorych na cukrzycę po cholecystografji ilość cukru nieco się wzmogła. Bardzo często można było stwierdzić wzmożenie wydzielania urobiliny w zależności od choleretycznych właściwości tetrajodphenolphtaleiny. O nieszkodliwości środka świadczy i ten fakt, że powtórzenie cholecystografji u tego samego chorego do 3 razy w odstępach od paru dni do tygodnia nie wywołało żadnych ujemnych skutków.



Ryc. 2.
St. S-cz. Tetrakontrast L. Spiess. Metoda Sandströma.

Aczkolwiek ilość obserwowanych przez nas przypadków jest nieduża, jednak na podstawie ich możemy przyjść do pewnych wniosków, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy jeszcze i tę okoliczność, że wyniki naszych badań nie odbiegają zbytnio od wyników badań innych autorów. Wnioski więc nasze są następujące:

A.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w dziejach rozwoju radiodiagnostyki metoda Sandströma stanowi ogromny krok naprzód, gdyż posiada szereg bardzo ważnych dodatnich stron: 1) jest ona łatwą do wykonania, 2) jest zupełnie nieszkodliwa: w ogromnej większości przypadków chorzy znoszą zawiesinę kontratsu bez najmniejszych dolegliwości, w tych zaś rzadkich przypadkach, w których je odczuwają, są one tak nieznaczne i nieszkodliwe, że nie wymagają wcale interwencji lekarskiej, wskutek

czego nie mogą być absolutnie żadnem przeciwwskazaniem do stosowania metody w szerokim zakresie nie tylko w klinikach i szpitalach, ale i w praktyce ambulatoryjnej wzgl. prywatnej, 3) daje ona wysoki % dodatnich wyników, czem ogranicza stosowanie dożylnej metody do tych względnie rzadkich przypadków, w których nie można ją zastosować ze względu na stan przewodu pokarmowego, 4) pod względem jakości otrzymywanych cholecystogramów nie ustępuje ona wcale dożylnej metodzie. Prawda, niektórzy autorzy twierdzą, że istnieje pewna różnica na niekorzyść metody Sandströma, lecz wszyscy jednogłośnie mówią, że cholecystogramy są zupełnie zadowalniające. „Pod wieloma względami przeszła ona nasze oczekiwania" — mówi Hofmann. Myśmy tej różnicy nie stwierdzili, lecz jeżeliby ona i była, nie pomniejsza to znaczenia metody: ważny jest już sam fakt istnienia cienia, daje on nam bowiem pojęcie o położeniu i kształcie pęcherzyka, o obecności w nim konkrementów, o stosunku jego do sąsiednich narządów, o istnieniu zrostów i t. d.

Jeżeli teraz położymy na jednej szali wagi metodę Sandströma ze wszystkiemi jej tylko co przytoczonemi dodatniemi stronami, a na drugiej szali — dożylną metodę z jej ujemnemi cechami, to, chyba nie może być 2 zdań, że przeważy metoda Sandströma, tem bardziej, że jedyna dodatnia strona dożylnej metody — pewność wyników — nie jest już tak bezwzględna: według Działoszyńskiego (33) daje ona 80—90% dodatnich wyników. Szereg autorów radzi rozpoczynać badanie od metody Sandströma a gdy ona zawiedzie, — uciec się do dożylnej metody. Zdaniem naszem, należy po kilkudniowej przerwie powtórzyć badanie tą samą doustną metodą: widzieliśmy wyżej że dożylna metoda nie daje absolutnej gwarancji otrzymania cienia nawet zdrowego pęcherzyka; z drugiej zaś strony, jednorazowy wynik ujemny doustnej metody wcale nie oznacza, że powtórne badanie powinno dać też ujemny wynik. „Znamy szereg przypadków w których powtórna cholecystografja dokonana tym samym sposobem w 2 tygodnie po pierwszym ujemnym wyniku, dała wynik wybitnie dodatni" — mówi Kryński (34) na podstawie obserwacji kilku tysięcy przypadków. Myśmy też mieli jeden taki przypadek.

B.

1) Tetrakontrast L. Spiess w proszku daje pod wpływem wody sodowej zawiesinę, która nadaje się do cholecystografji z takiem samem powodzeniem, jak i stosowana zawiesina tetragnostu Mercka.

2) Nie stwierdziliśmy żadnej różnicy między jakością cholecystogramów po tetragnoście Mercka i tetrakontraście L. Spiessa.

Piśmiennictwo.

1) Według Grudzińskiego: Pol. Przegl. Radjologiczny 1927, str. 51—53. — 2) Duval, Roux, Béclère: Archives de maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition. 1928, str. 241. — 3) Niemionow: Rentgenologja. Wyd. II. 1926, str. 194. — 4) Sabat: Pol. Przegląd Radjologiczny. 1926, t. I., str. 105. — 5) p. Münch. med. Wochenschrift. 1925, str. 494. — 6) Mintz: Warsz. Czasopismo Lekarskie. 1926, str. 404. — 7) Pribram: Deut. med. W. 1926, str. 1291. — 8) Schwartz: Münch. med. Woch. 1927, str. 438 i 832. — 9) Kingreen: Deut. med. Woch. 1927, str. 971. — 10) Hitzenberger: Med. Klinik. 1927, str. 421. — 11) Herman: Med. Kl. 1927, str. 278. — 12) Kamnitzer: Die Ther. d. Gegenwart. 1927, str. 144. — 13) Stegeman: Münch. med. Woch. 1925, str. 1999. — 14) Stegeman. — 15) Zollschan: Zeitsch. f. Röntg. 1927, str. 124. — 16) Cohn: Med. Klin. 1927, str. 635. — 17) Adamowicz: Pol. Gaz. Lek. 1928, str. 746. — 18) Eisler und Nyiri: W. kl. Woch. 1925. Nr. 42. — 19) Kirklin: p. Hofmann. — 20) Roseno: Deut. md. Woch. 1926, str. 1949. — 21) Stieda und Schmidt: Zeitsch. f. Röntg. 1927, str. 4. — 22) Mintz: Archiv. f. Verdauung. XL., str. 265. — 23) Garcin: Pol. Przegl. Radjol. 1928, III., str. 122. — 24) Eisler und Nyiri: Münch. med. Woch. 1927, str. 429. — 25) Hofmann: Münch. med. Woch. 1929, str. 629. — 26) Brockmann und Schenk: Deut. med. Woch. 1929, str. 1380. — 27) Geling: Deut. med. Woch. 1929, str. 1220. — 28) Taterka: Deut. med. Woch. 1929, str. 1830. — 29) Grynkraut: Medycyna 1928, str 699. — 30) Hines: Warsz. Czas. Lek. 1929, str. 539. — 31) Grebe: Münch. med. Woch. 1927, str. 2016. — 32) Adelfang: Warsz. Czas. Lek. 1929, str. 1103. — 33) Działoszyński: Deut. med. Woch. 1929, str. 695. — 34) Kryński: Warsz. Czas. Lek. 1929, str. 1177.

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

O doustnem działaniu insuliny Stephana (cholosulina) w cukrzycy *).

Z Oddziału wewnętrznego I. Państw. Szpitala Pow. we Lwowie.
Prymarjusz: Dec. Dr. W. Czernecki.

Z uwagi na niedogodność, a w niektórych przypadkach na niebezpieczeństwo, podskórnego stosowania insuliny, pojawiały się liczne próby stosowania jej na innej drodze. Jak wiadomo wszystkie te próby dotąd zawiodły. Również nie przyjęły się środki przeciwcukrzycowe, pochodzenia niehormonalnego a doustnie stosowane, jak syntalina, neosyntalina, glukhorment, galegina i inne. Nie będziemy się tutaj zastanawiali nad przyczyną niepowodzenia tych prób, pozwalając sobie odesłać czytelnika do poprzednich naszych prac (1), jakoteż i innych autorów, w szczególności do streszczenia zbiorowego Mouzon'a (2).

Z końcem 1929 r. ukazała się praca Stephana (3) z kliniki we Frankfurcie n/Menem, zdająca się obalać dotychczasowe prawo o niewchłanianiu się insuliny z przewodu pokarmowego względnie o braku działania insuliny doustnie stosowanej. Ażeby insulina mogła wywierać swe działanie na drodze doustnej, potrzebnem jest według Stephana, spełnienie tylko pewnych warunków a mianowicie a) zupełny brak fermentów w żołądku w okresie stosowania doustnego insuliny, b) umożliwienie wchłaniania się insuliny wyłącznie z żołądka, nie zaś z dalszych odcinków przewodu pokarmowego i c) obecność żółci w żołądku (drogą cofania się z dwunastnicy). Ten trzeci warunek uległ w dalszych doświadczeniach Stephana znacznej zmianie. Obecność bowiem żółci, przedostającej się (np. przez podanie masła) z dwunastnicy do żołądka, miała na celu bądź to wspomaganie wchłaniania insuliny podanej z tłuszczem, bądź to wytworzenie połączeń insuliny z kwasami żółciowymi, znacznie łatwiej ulegających wchłanianiu się ze ściany żołądka. W tym celu Stephan podawał insulinę w osłonce tłuszczowej lub tłuszczowatej. Wspólnie z Hirschem wytworzył połączenie insuliny z kwasami żółciowymi (z kwasem desoksycholowym), które łatwo i szybko wchłaniało się z czczego żołądka, podobnie jak i insulina zwyczajna z tkanki podskórnej. Stephan stwierdził, że działanie jego insuliny dorównuje wprawdzie działaniu insuliny podskórnie stosowanej, nie mniej jest ograniczone, albowiem po przekroczeniu pewnej ilości jednostek (50 jednostek) siła działania się nie wzmaga. Już z powyższych danych wynika, że działanie insuliny Stephana musi ustępować działaniu insuliny podskórnie stosowanej i to z dwóch względów, po pierwsze, że działanie insuliny Stephana jest ograniczone do pewnej tylko wysokości jednostek, po drugie, że może się ujawnić tylko na czczo, a zatem praktycznie biorąc można tę insulinę stosować tylko raz dziennie. Zaletą zaś insuliny Stephana jest jej dogodne, doustne stosowanie oraz powolniejsze działanie, przez co nigdy nie dochodziło w przypadkach Stephana do wystąpienia objawów niedocukrzenia. Tak tedy przedstawia się zagadnienie insuliny doustnie stosowanej w oświetleniu prac Stephana (3) i Ottow'a (4).

Wobec bardzo wielkiego znaczenia doustnego stosowania insuliny w leczeniu cukrzycy i pomyślnych wyników zapodanych przez Stephana i Ottow'a, uważaliśmy za wskazane przeprowadzenie badań nad doustnem działaniem połączeń insuliny z kwasami żółciowymi. W badaniach naszych posługiwaliśmy się t. zw. cholosuliną „Gans" (insulina + kwas desoksycholowy).

Badania nasze opierały się na spostrzeganiu zachowania się cukru we krwi pod wpływem cholosuliny jednorazowo, doraźnie i przewlocznie stosowanej. Cholosulinę stosowaliśmy w warunkach wymaganych przez Stephana.

a) *Doraźne zachowanie się cukru we krwi pod wpływem cholosuliny jednorazowo stosowanej.*

Badania te przeprowadziliśmy zarówno na osobnikach cukrzycowych jak i zdrowych. Chcemy podnieść, że tylko te przypadki cukrzycowe były uwzględniane w wypróbowaniu działania cholosuliny, w których przez okres dłuższy ustalono stopień tolerancji pokarmowej. Cholosulinę stosowaliśmy na czczo i następnie przez okres 6 godzin, w odstępach jednogodzinnych, oznaczaliśmy cukier we krwi mikrometodą Hagedorna-Jensena. Następnego dnia wykonywaliśmy badanie kontrolne t. j. na czczo bez podania cholosuliny. Kilka przykładów (p. Tabl. I.) pozwoli nam odrazu ocenić wartość działania cholosuliny na cukier krwi u cukrzycowych.

Przykłady te wyświetlają nam dostatecznie, że cholosulina nie wywiera u cukrzycowych obniżającego działania na cukier

*) Wedle odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 31 stycznia 1930 r.

Tablica I.
Przypadki cukrzycowe.

Przypadki cukrzycowe.																
Czas w godzinach	Cukier we krwi w mg. %															
	Przyp. 1.				Przyp. 2.				Przyp. 3.				Przyp. 4.			
	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica
8	236	—	207	—	235	—	247	—	313	—	308	—	290	—	280	—
9	241	—	216	—	225	—	258	—	308		294	—	282	—	276	—
10	228	—	226	—	217	—	241	—	278	—	296	—	254	—	268	—
11	222	—	218	—	210	—	228	—	270	—	280	—	236	—	251	—
12	217	—	198	—	199	—	222	—	264	—	257	—	231	—	247	—
1	213	—	205	—	190	−45	207	−40	244	—	260	—	222	—	230	—
2	195	−41	189	−8					233	−80	230	−62	198	−92	236	−44

we krwi. Chcemy zwrócić uwagę, że gdyby się chcieć oprzeć tylko na badaniu zachowania się cukru we krwi po zastosowaniu cholosuliny, to łatwo moglibyśmy przyjąć obniżające działanie cholosuliny. Badanie jednak kontrolne cukru we krwi bez podania cholosuliny u tych samych osobników wykazuje również spadek cukru we krwi, w niektórych nawet przypadkach znaczniejszy, niżli w okresie stosowania cholosuliny. Jasnem jest, że ten spadek cukru we krwi jest następstwem stanu głodowego (na czczo), który występuje u każdego cukrzycowego bardzo wybitnie, zaś znacznie słabiej pojawia się lub wogóle się nie zaznacza u osobników zdrowych, rozporządzających dostatecznie narządem regulującym poziom cukru we krwi. Również cholosulina nie wywiera obniżającego działania na poziom cukru we krwi u osobników zdrowych.

Tablica II.
Przypadki prawidłowe.

Przypadki prawidłowe.								
Czas w godzinach	Cukier we krwi w mg. %							
	Przyp. 1.				Przyp. 2.			
	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica
8	66	—	72	—	93	—	81	—
9	66	—	72	—	88	—	81	—
10	68	—	70	—	82	—	81	—
11	60	—	70	—	86	—	85	—
12	62	—	65	—	86	—	81	—
1	66	—	63	—	88	—	81	—
2	60	−6	57	−25	82	−11	85	+4

Również z Tabl. II. wynika, że cholosulina nie wykazuje wyraźnego działania obniżającego cukier we krwi w przypadkach prawidłowych, zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych na zwierzętach przez L a n g e g o i L o e w e g o (5).

S t e p h a n podnosi jako zupełnie nowe zjawisko swoje spostrzeżenie, że działanie właściwe insuliny występuje nie na czczo, lecz dopiero po podaniu pokarmu. Autor ten podaje przykład, że w przypadku jego cukier we krwi, który po podaniu 50 jedn. cholosuliny obniżył się po upływie kilku godzin (5 godzin) z 206 na 109 mg %, po podaniu pokarmu podniósł się ze 109 na 138 mg %, a więc tylko 29 mg %. Na tej podstawie autor ten wnosi, że działanie insuliny zaznacza się wybitniej po podaniu pokarmu, albowiem wzrost cukru we krwi po chlebie nie był wybitny dzięki działaniu cholosuliny. Dla nas nie jest jasnem, na jakiej podstawie S t e p h a n opiera to swoje twierdzenie, skoro nie przeprowadził u tego samego osobnika badania kontrolnego, t. j. zachowania się krzywej cukru we krwi po podaniu chleba bez zażycia cholosuliny. My uważamy, że krzywa cukru we krwi w przypadku S t e p h a n a przebiegałaby tak samo i bez podania cholosuliny. Jako przykład niech nam służy tablica III.

Myśmy badali wpływ pokarmu (chleba) na zachowanie się cukru we krwi po zażyciu i bez zażycia cholosuliny (p. Tabl. III.).

Tablica III.
Przypadki cukrzycowe.

Przypadki cukrzycowe								
Czas w godzinach	Cukier we krwi w mg. %							
	Przyp. 1.				Przyp. 2.			
	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica	bez cholosuliny	Różnica	50 j. cholosuliny	Różnica
8	253	—	217	—	313	—	327	—
9	228	—	206	—	298	—	302	—
10	218	—	204	—	209	—	302	—
śniadanie	50 g chleba		50 g chleba		50 g chleba		50 g chleba	
11	220	—	222	—	315	—	306	—
12	254	+36	268	+64	317	+27	306	—
1	248	—	266	—	304	—	331	+29
2	222	—	262	—	296	—	318	—

Jak z załączonej tablicy III widać, cukier we krwi po podaniu pokarmu (50 g chleba) nie podnosi się słabiej w okresie stosowania cholosuliny, a nawet w przypadku 1 krzywa poborowa jest wyższa. Przykłady te dostatecznie przemawiają przeciwko twierdzeniu S t e p h a n a, jakoby właściwe działanie cholosuliny miało się zaznaczać dopiero po podaniu pokarmu.

Uważamy, że błąd, który doprowadził S t e p h a n a do twierdzenia o obniżającem działaniu doustnie stosowanej cholosuliny, pochodził stąd, że autor ten nie przeprowadzał u tych samych osobników badań kontrolnych t. j. zachowania się krzywej poborowej i niepoborowej cukru we krwi bez stosowania cholosuliny.

b) *Działanie cholosuliny przewlekle stosowanej.*

Podawaliśmy cholosulinę przedewszystkiem w przypadkach średnio-ciężkiej cukrzycy. W godzinę po zażyciu na czczo cholosuliny pozwalaliśmy na przyjęcie pokarmu, w myśl warunków wymaganych przez S t e p h a n a. W tych przypadkach średnio-ciężkich, w których stosowano dwa razy dziennie insulinę podskórnie, pomijano injekcje poranną w miejsce której stosowano 50 j. cholosuliny doustnie. Oczywiście djeta przez cały czas stosowania cholosuliny pozostawała niezmieniona. W tych zaś przypadkach, w których leczenie opierało się na stosowaniu tylko djety, podawaliśmy wyłącznie cholosulinę w ilości 50 j. na czczo i obserwując zachowanie się zarówno cukru w moczu jak i we krwi próbowaliśmy rozszerzania dotychczas wybitnie ograniczonej djety. Leczenie przeprowadzaliśmy przez okres 2 — 3 tygodni. W pierwszej grupie przypadków cholosulina nie pozwoliła nam zastąpić porannej dawki insuliny, dotychczas wstrzykiwanej podskórnie, w drugiej zaś grupie przypadków nie pozwoliła na rozszerzenie djety, albowiem przychodziło zarówno do wzrostu cukru w moczu jakoteż i we krwi. Z badań naszych wynika, że cholosulina przewlocznie stosowana nie może zastąpić choćby częściowo insuliny wstrzykiwanej podskórnie.

Streszczenie. — Insulina stosowana w połączeniu z kwasami żółciowymi (cholosulina Stephana) nie wywiera na drodze doustnej działania obniżającego na cukier we krwi i nie nadaje się do leczenia cukrzycy.

Piśmiennictwo.

1) Elmer i Kędzierski: Pol. Gaz. Lek. 1927. Nr. 24. — Elmer: Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 5. — 2) Mouzon: Presse Méd. 1929. Nr. 101. — 3) Stephan: Münchn. Med. Woch. 1929. Nr. 38. 4) Ottow: Münchn. Med. Woch. 1929. Nr. 38. — 5) Lange i Loewe: D. Med. Woch. 1929. Nr. 51.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Fr. REDLICH. Lwów.

Przyczynek do kliniki anginy Plaut - Vincent'a.

Z Kliniki pediatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Angina Plaut - Vincenti jest zazwyczaj schorzeniem o przebiegu stosunkowo lekkim i o rokowaniu pomyślnem. Mimoto widzimy od czasu do czasu przypadki dość ciężko przebiegające, które ze względu na swe kliniczne właściwości na szczególną zasługują uwagę. W przychodni kliniki naszej mieliśmy niedawno w leczeniu przypadek Angina Plaut - Vincenti który ogłaszamy ze względu na zachowanie się obrazu krwi.

12. XI. zgłosiła się do nas czteroletnia dziewczynka A. S. W pierwszych 3 latach rozwój dziecka nie przedstawiał żadnych uwagi godnych szczegółów. Przed rokiem wystąpiły trwające kilka minut drgawki, których podłoże padaczkowe wydaje się nam na podstawie opisu matki bardzo prawdopodobne. Przed 6 tygodniami zachorowało dziecko nagle wśród wysokiej gorączki i bólów przy połykaniu. Przywołany lekarz stwierdził naloty błonicze na lewym migdałku i wstrzyknął surowicę przeciwbłoniczą. Naloty w krótki czas po zastrzyku ustąpiły, po kilku dniach ukazały się jednak na nowo i utrzymywały się mimo miejscowego leczenia rozmaitemi środkami antyseptycznemi. Stan ogólny dziecka ustawicznie się pogarszał, stało się ono bardzo blade i traciło na wadze przy znacznym braku łaknienia.

Status praesens: Stan odżywienia lichy. Barwa skóry bardzo blada z odcieniem żółtaczkowym; widoczne śluzówki blade. Ciepłota prawidłowa. Charakterystyczny zapach z ust. Na lewym, znacznie powiększonym migdałku nalot o zabarwieniu brudnoszarawem, przy odrywaniu go z podłoża występuje nieznaczne krwawienie. Gruczoły szyjne i podszczękowe znacznie powiększone, bolesne na ucisk. Płuca bez zmian. Granice serca prawidłowe, głuche tony sercowe. Śledziona macalna 2 palce niżej łuku żebrowego, wątroba niepowiększona. Ustrój nerwowy bez zmian. W moczu brak składników nieprawidłowych. Badanie krwi: 3,240.000 czerwonych ciałek, 6.400 białych ciałek krwi. Hemoglobina (Sahli) 38. W preparacie barwionym (May - Grüwald - Giemsa): 1,4% myeloblastów, 2% promyelocytów, 5% myelocytów, 7% młodych, 16% pałeczkowatych, 13,2% wielokształtnych leukocytów, 8% eozynochłonnych, 0,7% tucznych 42% limfocytów, 4% monocytów, 0,7% plazmatycznych. Anizocytoza, poikilocytoza i polichromatofilja miernego stopnia. Na 100 ciałek białych 3 proerytroblasty i 6 polichromatofilnych erytroblastów. W preparacie z nalotu na lewym migdałku bardzo liczne prątki wrzecionowate *(bacillus fusiformis)* i krętki *(spirochaete refringens).* W stolcu jaj pasorzytów nie wykazano.

Ze względu na postępującą chorobę o przewlekłym przebiegu i objawy poważnej niedokrwistości nie mogliśmy tracić dużo czasu na leczenie miejscowe i wstrzyknęliśmy przeto 0,02 Neosalvarsanu śródmięśniowo. Ponadto przepisaliśmy pędzlowanie 5% roztworem Neosalwarsanu w glicerynie i 3 razy dziennie 0,15 *Ferri reducti* doustnie.

Po 10 dniach zgłosiło się do nas dziecko po raz wtóry, przyczem stwierdziliśmy wybitną poprawę stanu ogólnego. Przybytek na wadze wynosił 1½ kg. Łaknienie znacznie się poprawiło. Na lewym migdałku wrzód o ostrych brzegach bez nalotów. Gruczoły szyjne wielkości ziarna grochu, śledziona macalna ½ cm poniżej łuku żebrowego.

Badanie krwi: 4,795.000 czerwonych ciałek krwi, 6.200 białych ciałek krwi, Hemoglobina (Sahli) 52. W preparacie barwionym 1% myelocytów, 4% młodych, 12,5% pałeczkowatych, 21,5% wielokształtnych leukocytów, 4% eozynochłonnych, 1% tucznych, 48% limfocytów, 6% monocytów, 2% plazmatycznych. Nieznaczna anizocytoza, na 200 ciałek białych, 1 polichromatofilny erytroblast. W preparacie roztartym z wydzieliny lewego migdałka brak krętków i prątków wrzecionowatych.

W przypadku naszym rozpoznaliśmy na podstawie badania klinicznego i drobnowidowego postać *ulcero-membranosa* Anginy Plaut - Vincenta. Na szczególną uwagę zasługuje zachowanie się reakcji narządów krwiotwórczych pod wpływem tegoż zakażenia. Stwierdziliśmy we krwi obecność dużej stosunkowo ilości młodych form tak z grupy ciałek białych, jak i czerwonych. W piśmiennictwie nie znajdujemy prawie żadnej wzmianki o zachowaniu się obrazu krwi przy tem schorzeniu. Jedynie Tarnow spostrzegał przesunięcie na lewo obrazu obojętnochłonnego (według Naegelego: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik 1923, str. 501).

Przypadek przez nas spostrzegany dowodzi, że w przebiegu anginy Plaut - Vincent'a mogą także wystąpić bardzo znaczne zmiany w obrazie krwi, przyczem możliwem jest, że czynniki konstytucyjne odgrywają tu dużą rolę.

W sprawie leczenia chcielibyśmy zaznaczyć, że w przypadkach o przewlekłym przebiegu i ciężkich objawach ogólnych, nie należy zbytnio zwlekać z wstrzyknięciem Neosalvarsanu, który okazał się, jak tego liczne spostrzeżenia dowodzą, środkiem zazwyczaj bardzo skutecznym.

Dr. Witold ZAWADOWSKI, kierownik pracowni radjologji lekarskiej szpitala ujazdowskiego. Warszawa.

Kilka uwag w sprawie przechowywania błon radjologicznych.

Młoda i opóźniona nieco w porównaniu z krajami zachodniemi radjologja polska, mając przed sobą sporo do nadrobienia, posiada tę korzyść, że może posługiwać się w rozmaitych kierunkach wypróbowanemi wzorami, i przez to uniknąć błędów, które gdzieindziej popełniano, a które teraz jeszcze mszczą się, i nie dają się już naprawić.

Należy przeto warunki rozwoju radjologji lekarskiej zagranicą studjować, analizując doświadczenia obce, i starać się w ten sposób o wskazówki, w jakich kierunkach iść, a czego się wystrzegać.

Jedną ze spraw, o których wiele nauczyć się możemy z doświadczeń obcych, jest sprawa przechowywania błon fotograficznych, któremi obecnie wyłącznie już posługujemy się. Błony te wyparłszy płytę szklaną, stały się obecnie jedynym materjałem, na jakim robimy nasze zdjęcia. Zdjęcia, stanowiące własność pracowni radjologicznej, idą razem z pisanemi wynikami badań na oddziały chorych, a później wracają z powrotem do pracowni i tu muszą być przechowywane przez długie szeregi lat, i to z dwóch powodów. Po pierwsze jako materjał naukowy, na którym oprzeć się możemy w opracowaniu rozmaitych zagadnień, po drugie zaś jako objektywne odbicie rozmaitych zmian chorobowych, które mogą odgrywać rolę dowodów rzeczowych w sprawach sądowych.

Zagadnienie przechowywania błon zaledwie zaczyna się wyłaniać u nas, a to z tego powodu, że jak dotychczas, produkcja zdjęć w naszych pracowniach jest naogół mała. Wiele pracowni radjologicznych w naszych dużych szpitalach nie produkuje więcej, niż 2—3—4 tysiące zdjęć rocznie. Zaś jedna z największych, pracownia radjologiczna Szpitala Ujazdowskiego, przy 12—14 tysiącach badanych, wykonuje rocznie około 9.500 zdjęć. Wypada więc około 0.75 zdjęć na jedną osobę badaną. Jakże daleko jesteśmy od tego bogactwa pracowni i obfitości zdjęć, które spostrzegamy w szpitalach Sztokholmu, Londynu lub Paryża, gdzie jak to miałem sposobność się przekonać, wypada średnio po 4 zdjęcia na jednego badanego, pracownie zaś, w których produkuje się 40.000—50.000 zdjęć rocznie, nie należą do rzadkości.

Oczywiście daleki jestem od mniemania, że dokonywanie bardzo licznych zdjęć jest równoznaczne z wysokim poziomem radjodjagnostyki. Przyznać jednak muszą wszyscy, że każda pracownia radjologiczna powinna mieć możność robienia tylu zdjęć bez żadnego ograniczenia, ile potrzeba do wyjaśnienia danego przypadku, oczywiście w granicach znanej tolerancji skóry. Niejednokrotnie już miałem sposobność zwracać uwagę na to[1]), że każde badanie płuc i przewodu pokarmowego powinno się bezwzględnie składać z prześwietlenia i zdjęć, co u nas niezawsze jeszcze ma miejsce, że badanie, opierające się na samem prześwietleniu, należy uważać

[1])Czasopismo „Gruźlica" Nr. 2 z 1929 r.: O znaczeniu radjodjagnostyki we wczesnych okresach gruźlicy u dorosłego.

Warsz. Czas. Lek. Nr. 35 i 36 z r. 1928: O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych nowych jej zdobyczach.

za niekompletne. Jako takie może ono wprowadzać w błąd, zamiast wyjaśnić obraz chorobowy.

W sprawozdaniu rocznem kierownictwa służby zdrowia marynarki Stanów Zjednoczonych za rok 1925[2]) znajdujemy następujące daty, dotyczące wydatków na pracownie radjologiczne:

Ogólna liczba dni leczenia	1,415.071
Przeciętny dzienny stan chorych	3.876
Ogólny koszt pracowni radjologicznych (głównie filmy)	37.923 $
Koszt pracowni radjologicznych na 1 dzień leczenia	268 $

U nas wydatki na radjologję są bez porównania mniejsze. Nie można jednakże wątpić, że pod tym względem nastąpi poprawa. Wtedy pracownie radjologiczne naszych szpitali zaczną wykonywać większe ilości zdjęć i problem właściwego ich przechowywania wybije się na plan pierwszy. Sądzę przeto, że nie od rzeczy będzie zająć się nim już obecnie nieco bliżej.

W sprawie powyższej mamy do rozważenia dwa zupełnie odrębne zagadnienia.

Pierwsze z nich to przechowywanie takie, aby olbrzymi zawarty w błonach materjał naukowy był właściwie ugrupowany i łatwo dostępny, aby można było w każdej chwili i bez trudności odnaleść w nim to, co nas w danej chwili interesuje.

Drugie zaś, to przechowywanie takie, aby ze strony archiwum błon nie groziło szpitalowi niebezpieczeństwo pożaru połączone z obawą o intoksykację otoczenia, wydzielającemi się przy tem trującemi gazami.

Odkładając omówienie pierwszego zagadnienia do innej sposobności, zajmiemy się dziś sprawą właściwego przechowywania błon w związku z niebezpieczeństwem pożaru i zatrucia gazami otoczenia.

Sprawa ta stała się tematem aktualnym angielskiej prasy radjologicznej, po katastrofach w szpitlach amerykańskich (Cleveland Clinic Hospital, Ohio, Memorial Hospital, New York[3]), które pociągnęły za sobą bardzo liczne ofiary, głównie przez zatrucie śmiertelne gazami.

Katastrofy te przypominają poniekąd tragiczne wypadki które zdarzały się w kinematografach wskutek pożaru taśm celuloidowych, nim ustawowo wprowadzono ostre przepisy dla ochrony publiczności. Podobnie jak obecnie katastrofy te już nie grożą bywalcom teatrów świetlnych, tak też, po wprowadzeniu należytych sposobów przechowywania błon znikną niebezpieczeństwa dla szpitali.

Jak wiadomo błony radjologiczne wytwarzane są z celulozy nitrowanej zmięszanej z kamforą, czyli z t. zw. celuloidu. Jest to materjał bardzo łatwo zapalny i spalający się bardzo szybko, prawie wybuchowo. A stąd niebezpieczeństwo groźnego pożaru zwiększa się znacznie tam, gdzie znajdują się choćby niewielkie ilości tych błon. Duże nagromadzenie błon„ leżących w masach, tworzy niebezpieczeństwo i przez to, że azotan celulozy z których są one zrobione, rozkłada się z czasem, zwłaszcza w wyższej temperaturze, wytwarza gazy, mianowicie pewne tlenki azotu, i wreszcie może uledz samozapaleniu. W ten sposób pożar może powstać podobnie jak w magazynach amunicji, która też w pewnej części składa się z tego samego połączenia chemicznego (nitrocelluloza czyli pyroksylina).

Ponieważ spalanie się błon odbywa się bardzo szybko, to jeśli są one przechowywane w stosach zbitych lub w szczelnie zapełnionych pudełkach, wtedy wobec niedostatecznego dostępu powietrza powstawać mogą produkty spalenia niekompletnego, a przedewszystkiem tlenek węgla czyli czad, gaz, jak wiadomo, silnie trujący. Domieszki tlenków azotowych do gazów powstających przy paleniu się błon, powodują, że występują one pod postacią brunatnych kłębów. Jeśli chodzi o pożar błon niewywołanych, to powstawać przytem mogą również trujące połączenia bromu. Katastrofa w Cleveland Clinik Hospital nabrała tragicznych rozmiarów właśnie wskutek zatrucia całych oddziałów szpitala gazami, podczas gdy mniejszą rolę odegrało szerzenie się pożaru.

Jak z powyższych uwag widać, niebezpieczeństwo, które grozi szpitalowi pochodzić może:

1) Z błon znajdujących się w salach pracowni, a dotyczących pacjentów w danym okresie badanych, wskutek ułatwienia wybuchu groźnego pożaru, który w innych warunkach dałby się w zarodku łatwo ugasić, w obecności zaś błon celuloidynowych, leżących na stołach, w szufladach, na półkach podręcznych i negatoskopach, rozszerzy się błyskawicznie, dzięki prawie wybuchowemu spalaniu się ich. W razie niezbyt wielkich ilości tych błon i luźnego ich ułożenia, zwykle w tych warunkach nie wystąpi w większych rozmiarach działanie gazów trujących.

2) Z błon złożonych w osobnem archiwum, jeśli pożar powstanie w jego sąsiedztwie, a następnie przerzuci się na samo archiwum. Wtedy nastąpi z jednej strony bardzo znaczne podsycenie ognia przez palenie się celuloidu, z drugiej zaś rozpocznie się wytwarzanie bardzo dużych ilości trujących gazów, głównie tlenku węgla przez spalanie się stosów błon przy niedostatecznym dostępie powietrza.

3) Z błon niewłaściwie przechowanych w archiwum nieodpowiednio urządzonem przez samozapalenie się i wywołanie pożaru z wytwarzaniem się olbrzymich chmur gazów trujących.

W jaki sposób niebezpieczeństw tych można uniknąć?

Żeby niebezpieczeństwo przestało być groźnem, trzeba przedewszystkiem, aby wszyscy o niem wiedzieli i stale je mieli przed oczyma. W pracowniach radjologicznych palenie powinno być wzbronione, podobnie jak w składach amunicji. Należy uniknąć wiekszego nagromadzenia błon i to tak zdjęć, jak też i błon świeżych, nie naświetlonych. Szczególnie niebezpieczne mogą być błony zniszczone, odpadki i części błon. Mogą one łatwo dostać się do miejsc, na które nie zwraca się należytej uwagi i w danym momencie podsycić rozpoczynający się pożar. Negatoskopy z lampkami żarowemi powinny być należycie chłodzone przez odpowiednią wentylację wewnętrzną.

Należy pamiętać o tem, że naczynia szklane wypełnione wodą, stojące w pobliżu okien np. dzbanki, naczynia na kwiaty mogą łatwo skupiać promienie słoneczne jak soczewki i z łatwością wywołać pożar. Personel pracowni należy stale pouczać o palności błon, albo też umieszczać w pracowni napisy, zwracające uwagę na niebezpieczeństwo pożaru.

Aby pożar, który powstał w sąsiedztwie archiwum błon, nie mógł łatwo przenieść się na samo archiwum i przez to zwiekszyć rozmiary katastrofy, niezbędne jest rozmieszczenie w otoczeniu archiwum dobrze funkcjonujących gaśnic. Pozatem ściany, stropy i podłoża archiwum powinny być z materjałów niepalnych i nie przepuszczających pożaru, a więc z grubych murów i cegły o grubości conajmniej 27 cm, albo też z betonu. Stropy i podłogi z drzewa są bezwzględnie niedopuszczalne. Archiwum powinno posiadać podwójne bardzo szczelnie zamykane drzwi żelazne obite asbestem, lub innego rodzaju drzwi, zabezpieczające przed ogniem.

Pożądanem byłoby umieszczenie w ścianach archiwum, kilku butli stalowych ze stłoczonym bezwodnikiem węglowym w ten sposób, aby w razie pożaru można było, działając od zewnątrz całe archiwum wypełnić tym gazem, a przez to uniemożliwić spalanie się.

Odpowiednia budowa archiwum według powyższych uwag powstrzyma pożar, idący z zewnątrz ku archiwum.

Wielką uwagę należy jednak zwrócić na to, aby ogień nie mógł powstać w samem archiwum. W tym celu należy usunąć z archiwum te urządzenia domowe, które najczęściej są źródłami pożaru, t. j. piece i oświetlenie. Zdala od ścian archiwum powinny przechodzić również przewody kominowe, które mogą być czasami źródłem pożaru. Wogóle archiwum nie powinno być ogrzewane. Bez oświetlenia zwykle będziemy się mogli też obejść, wchodząc do archiwum tylko przy świetle dziennem. Gdyby archiwum umieszczone było tak, że sztuczne oświetlenie byłoby konieczne, to instalacja elektryczna powinna być wykonana niesłychanie starannie, na zewnątrz zaś archiwum powinien być umieszczony wyłącznik dwubiegunowy, który pozwoli na wyłączenie całej sieci archiwum w momencie, gdy się je opuszcza. Budynek, w którym mieści się archiwum powinien być zaopatrzony w piorunochrony.

Pozostaje jeszcze do omówienia możliwość samozapalenia się błon. Jak nam wiadomo celuloza nitrowana jest ciałem chemicznem, które w czasie dłuższego przechowywania ulega stopniowo rozkładowi, z wydzielaniem niektórych tlenków azotu. Rozkład ten szczególnie jest żywy, jeżeli temperatura podnosi się ponad poziom ciepłoty pokojowej.

W warunkach takich, a także jeśli błony układane są tak, że stykają się z sobą i tworzą większe niczem niepoprzedzielane stosy może nastąpić przyspieszenie tej reakcji rozkładowej i wreszcie samoistne zapalenie się błon.

Co należy przedsięwziąć, aby niebezpieczeństwo to usunąć? Przedewszystkiem temperatura archiwum musi być jednostajna i niska, w każdym razie poniżej 15° C. Usunięcie pieców i radjatorów pozwoli zadość uczynić temu żądaniu. Jedynie w lecie temperatura archiwum może się podnieść przez nasłonecznienie, jeśli ściany i okna wychodzą na południowy wschód, południe lub zachód. A przeto ściany muszą być dostatecznie grube, okna zaś ochronione grubemi okiennicami drewnianemi. Dla usuwania wy-

---

[2]) Annual report of the Surgeon General U. S. Navy 1925.

[3]) Nowa katastrofa tego rodzaju wydarzyła się dnia 19. XI. 1929 w szpitalu uniwersyteckim w San Francisco, przyczem 30 osób uległo zatruciu.

twarzających się stale tlenków azotu, archiwum powinno mieć własny osobny kanał wentylacyjny, o przekroju dostatecznie dużym, o sprawdzonem funkcjonowaniu. Aby gazy wytwarzające się mogły swobodnie uchodzić i temperatura błon nie podnosiła się, muszą one być ułożone luźno w położeniu pionowem i każda błona powinna być w grubej i porowatej kopercie papierowej. Niedopuszczalne jest ciasne pakowanie błon do pudełek lub układanie poziome w duże stosy.

Zachowując powyższe środki ostrożności, niebezpieczeństwa grożące naszym szpitalom zmniejszymy do minimum i potrafimy uniknąć zdarzeń tak tragicznych, jak te, których ofiarami były szpitale amerykańskie.

Zastanowić się wreszcie należy nad tem, gdzie powinny się mieścić archiwa błon radjologicznych, aby niebezpieczeństwa z nimi związane usunąć całkowicie. Naogół widuje się archiwa bądź w piwnicach gmachów, w których znajdują się pracownie, bądź też na najwyższej ich kondygnacji. To ostatnie rozwiązanie opiera się na tych motywach, aby w razie pożaru nie zostały odcięte pewne części budynku od klatek schodowych, dalej aby trujące gazy nie mogły wedrzeć się do budynku i aby uchodziły ku górze.

Przy umieszczeniu zaś archiwów w piwnicy kierowano się tem, że piwnica ma najbardziej stałą i wolną od wahań temperaturę i jest stosunkowo mniej narażona na pożar, niż ubikacje na innych poziomach.

W tym wypadku jednak występuje ta ujemna strona, że w razie pożaru, trujące gazy, unosząc się ku górze mogą wtargnąć do kurytarzy i klatek schodowych i spowodować liczne intoksykacje.

Jakie więc będzie rozwiązanie idealne?

Najlepiej byłoby umieścić archiwum w podziemnym schronie w podwórzu szpitala, o ile możności dostatecznie odległym, a połączonym z pracownią radjologiczną podziemnym kurytarzem, szczelnie dającym się zamknąć drzwiami automatycznemi. Schron ten dostatecznie duży, mógłby być bez ogrzewania, z oświetleniem elektrycznem, zaprowadzonem bardzo starannie i staranną wentylacją. W takich warunkach samozapalenie się błon byłoby prawie wyłączone.

Ponieważ wszystkie powyżej omówione niebezpieczeństwa wzrastają wraz z powiększeniem się ilości błon, przeto wydaje mi się koniecznem niszczenie większej ilości błon po upływie 10—15 lat przechowywania. Oczywiście, przed zniszczeniem wybrać trzebaby te błony, które mają pewne znaczenie naukowe i te, które przypuszczalnie mogą być potrzebne do spraw sądowych, t. zn. głównie dotyczące wypadków pourazowych.

Błony nie naświetlone, świeże i należycie opakowane, o ile przechowywane są w stałej temperaturze około 15° C, nie grożą wcale samozapaleniem się. Jednakże ze względu na możliwość podsycenia nie powinno się ich gromadzić w większych ilościach, w żadnym wypadku nie więcej, niż na 1 — 2 miesięczny użytek.

Omawając przechowywanie błon z cellulozy nitrowanej, które zawsze w pewnych warunkach w ten, czy w ów sposób mogą być niebezpieczne, wspomnieć muszę o innym rodzaju błon, o błonach t. zw. niezapalnych, zrobionych na podkładzie z octanu błonnikowego. Błony te, używane na szeroką skalę we Francji, zaczynają obecnie wchodzić w użycie również w Ameryce.

W rzeczywistości nie są to błony niezapalne.

Różnią się jednak od błon z celuloidu tem, że zapalają się trudno, spalają się bardzo powoli, podobnie jak np. zwykły papier, albo nawet wolniej, a czasem po zapaleniu same gasną, i nie ulegają z czasem rozkładowi grożącemu samozapaleniem. Stąd też składy takich błon nie są bardziej niebezpieczne, niż np. archiwa historji chorób i bibljoteki. Ponieważ wartość błon niezapalnych pod względem rozpoznawczym jest zupełnie taka sama, co błon celuloidowych, przeto najlepszem rozwiązaniem zagadnienia przechowywania błon byłoby wyłącznie dopuszczenie na rynek błon na podkładzie z octanu błonnikowego i obowiązkowe posługiwanie się niemi we wszystkich pracowniach. Rozwiązanie takie powinnoby być narzucone ustawowo i byłoby celowem i pożądanem, mimo iż koszt tych błon jest w chwili obecnej o 20% wyższy, niż błon zwykłych. Czy nie byłoby jednak lepiej ponieść ten wydatek, a przez to zapewnić sobie swobodne obchodzenie się z błonami radjologicznemi bez żadnych ograniczeń i dowolnie długie i pewne ich przechowywanie? Tembardziej, że 20%-owej podwyżki ceny rynkowej możnaby uniknąć przez obniżenie cła, lub zwolnienie od opłat wwozowych błon niezapalnych.

Gdyby istniały jakie przeszkody przeciwko temu, ustawowe unormowanie sprawy przechowywania błon radjodjagnostycznych powinno być podjęte zawczasu, nim nagromadzą się w naszych szpitalach olbrzymie ich ilości, i nim zmuszą nas do tego zdarzenia tak tragiczne, jak te, które miały miejsce już kilkakrotnie w Ameryce, tembardziej że sprawa przechowywania taśmy kinematograficznej już bardzo szczegółowo unormowana została rozporządzeniami ministrów robót publicznych, spraw wewnętrznych, przemysłu i handlu, oraz pracy i opieki społecznej, ogłoszonemi w dzienniku ustaw Nr 36 z dnia 29. V. 1929 r.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XLII, nr. 2, z 15 stycznia 1930 r.: E. Brzeziński: Kilka uwag o zespole afektywno-sugestywnym. — Z. Dziembowski: Wycięcie splotu przedkrzyżowego. — S. Kalandyk: Promienie katodowe i znaczenie ich w medycynie.

Dziecko i matka, rok V, nr. 2, z r. 1930: M. Czerkawska: Wiersz „Matka". — M. Benisławska: Etyka w niemowlęctwie. Z. A. Wołowska: Kształcenie uczuć rodzinnych. — J. Korczakowska: Niepotrzebny. — J. Ładzianka: O prawa dzieci w ogrodach miejskich. — M. H.: Krzyk dziecka. Lewatywa. M. Morzkowska: Jakie mogą być przyczyny braku apetytu. Nie czyńmy dziecka przy stole ośrodkiem zainteresowania. Obiady w jadłospisie dziecka. — Z. Michejdzina: Karmienie naturalne. — A. Klęsk: Krótsza nóżka u dziecka. — P. Gleich: Różyczka.

Wiadomości farmaceutyczne, r. LXII, nr. 4, z 26 stycznia 1930: H. Szancer: Z badań nad metodami wykrywania krwi w moczu. Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika, rok IX, zeszyt 1, ze stycznia 1930 r.: K. Kling: Uwagi na wstępie do technologji chemicznej. — T. Siemiradzki: Jeszcze o wężu morskim. — St. Keler: Dziwy przystosowań u owadów. — J. Nechay: Nowe poglądy w budownictwie mieszkaniowem.

Młoda matka, nr. 3, z r. 1930: P. Baumryter: Czy można zaziębić odrę? — S. Popowski: Czy kochająca matka może się brzydzić swego dziecka? — J. Bogdanowicz: Dzieci wsi i miasta. — Cz. Hoppe: Pasek czy szelki. — J. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa. — Jedna z matek: Tego żądamy od naszych ogrodów miejskich. — W. Prażmowska: Ogrody dla dzieci w Ameryce. — Z. P.: Najlepszy posag. — J. Korczak: Czy na wszystko pozwalamy?

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 5, z 30 stycznia 1930 r.: H. Adelfang: O tak zwanych nacieczeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych dorosłych (dok.). — J. Borkowski: Przyczynek do leczenia przetok ślinnych. — B. Glass: Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju (Streszcz. zbior. c. d.). — M. Zachert: Zakłady lecznicze dla chorych jaglicych. — Wł. Biernacki: Działalność lekarska wobec projektu nowej polskiej ustawy o wykroczeniach. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny.

Pielęgniarka Polska, rok II, nr. 1, ze stycznia 1930 r.: Ś. p. Prof. Dr. Aleksander Rosner. — Borkowski: Opieka społeczna nad matką i dzieckiem kiłowem u nas i zagranicą. — E. Jełowicka: Warunki pracy pielęgniarek na statkach Royal Mail Steam Packet Co. — J. Suffczyńska: Z mojego pobytu w Anglji.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Medicinski Pregled.

Nr. 11. 1929. Beograd, Zagreb, Ljubljana, Sofia.

D. Antić i D. Borić: *Rola śledziony w powstawaniu bilirubiny i cholesteryny.*

S. Kostić-Joksić: *O rhinovakcynacyi toksyną Dicka.*

M. Simić: *Próba teoretycznego wyjaśnienia anafilaksji.*

V. Jakovljević: *Leczenie złamań i ich powikłań na zewnętrznej powierzchni czaszki.*

V. Ristić: *Wartość sympathectomji okolotętniczej w owrzodzeniach troficznych.*

R. Z. Lopasić: *Wśród kolegów i przyjaciół polskich* (Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie).

Przegląd piśmiennictwa. — Kronika

Nr. 12, 1929. Beograd, Zagreb, Ljubljana, Sofia.

A. P. Deak: *Studjum o płonicy.*

V. V. Noheji: *Przyczynek do wyjaśnienia okresowości zimnicy w ciągu roku.*

R. Z. Lopasić: *Odczyn Targowli z elixir paregoricus.*

Przegląd piśmiennictwa. — Kronika.

Nr. 1. 1930, Beograd, Zagreb, Ljubljana, Sofia.

B. Zarnik: *Prawdopodobieństwo dodatniego wyniku przy badaniu grup krwi celem oznaczenia ojcostwa.*

M. Petrović: *Stadjum pośrednie w zapaleniu wyrostka robaczkowego z chirurgicznego punktu widzenia.*

R. Tadić: *Doświadczenia z odczynem Kahna.*

A. T. Simić: *Przypadek bąblowca serca.*

V. Milićev: *Leczenie ichtyozy i obwodowych zaburzeń naczynioruchowych za pośrednictwem układu nerwowego wegetatywnego.*

Przegląd piśmiennictwa. — Oceny.

M. Kićevać: *III. Zjazd Jugosłowiańskiego Tow. dermatowenerologicznego.*

L. Stanojević: *Clemenceau jako lekarz.*

Liječnički Viesnik.

Nr. 11. 1929. Zagreb.

S. Vidaković: *Histerografia i jej wyniki, szczególnie odnośnie rozpoznania i leczenia mięśniaków.*

E. Meyerhofer: *Rozpoznanie dziecięcej wczesnej gruźlicy.*

Fr. Minar: *O chorobach przedniej części stopy w związku z symulacją.*

B. Spišić: *O patologicznych kikutach w szpitalu ortopedycznym w Zagrzebiu.*

M. Kretić: *Leczenie zapalenia płuc „Digalen-Calcium".*

Sprawozdania. — Oceny. — Bibliografia słowiańska.

Dodatek: Staleski Glasnik: Sprawy zawodowe. — Medycyna społeczna. — Kronika.

Nr. 12. 1929, Zagreb.

V. Cavka: *Leczenie lekarstwami i chirurgiczne jaskry.*

J. Botteri: *Wynik leczniczy andyjskiego Chenopodium canahura w gruźlicy.*

M. Neumann: *Ruchomość woreczka żółciowego.*

S. Rechnitzer: *Możliwość nowych poglądów na działanie narkotyków.*

L. Glesinger: *Przyczynek do leczenia zaparcia.*

Sprawozdania. — Bibliografia słowiańska.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.
Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1929. XLIX. 5.

Vaugham R.: *Znaczenie radjologji w rozpoznawaniu przebijającego wrzodu żołądka.* Zdanie, jakoby badanie roentgenologiczne w t. zw. „acute abdomen" miało być niepotrzebne jest nieracjonalne. Autor jest zwolennikiem radjologji, zwłaszcza w przebijającym wrzodzie żołądka.

Autor wykonuje prześwietlenie najczęściej w położeniu bocznem lewem. Położenie to umożliwia bańce powietrznej zajęcie okolicy przyodźwiernikowej, w której występuje około 90% wrzodów, przyczem utrudnia ono przechodzenie płynnej zawartości żołądka do wolnej jamy brzusznej.

Badanie roentgenologiczne jest bardziej uzasadnione, niż wszelkie inne, choćby najmniejsze badania fizykalne. Czas trwania prześwietlenia nie wynosi więcej, niż 5 minut. Jest to tak krótki czas, że trudno w nim przeprowadzić jakiekolwiek inne badanie, przyczem decyzja po prześwietleniu jest szybka i pewna.

Niektórzy twierdzą, że wprawdzie nie mają specjalnych zastrzeżeń co do badania roentgenologicznego w pękniętym wrzodzie żołądka, to jednak uważają je za zupełnie niepotrzebne. Jednak ci, którzy mieli sposobność obserwować większą ilość przebijających wrzodów żołądka przyznają, że nie zawsze najlepszy nawet klinicysta może postawić pewne rozpoznanie bez otwarcia jamy brzusznej. Wiemy, że najlepszym chirurgom zdarzało się już rozpoznawać zapalenie wyrostka robaczkowego, po usunięciu którego następowało zejście śmiertelne, z powodu zapalenia otrzewny, a na sekcji znachodzono przebijający wrzód żołądka.

Z 73-ch przypadków przebicia wrzodu żołądka z obserwacji autora tylko w 9-ciu nie znaleziono gazu w wolnej jamie brzusznej. Te przypadki wygoiły się samoistnie, bez zabiegu. W pozostałych stwierdzono wybitne pneumoperitoneum, które potwierdził zabieg względnie sekcja.

Z powyższego wynika, że w 86% przypadków udaje się wykazać roentgenologicznie samoistne pneumoperitoneum, co jest najpewniejszym objawem przebijającego wrzodu żołądka.

Kiedy może brakować gaz w wolnej jamie brzusznej, mimo przebicia wrzodu? Cztery czynniki na to się składają:

1) kiedy chory leży przeważnie na prawym boku,
2) kiedy brak jest powietrza w żołądku, w chwili przebicia,
3) kiedy otwór jest minimalny,
4) gdy otwór jest otoczony zrostami.

W rzadkich przypadkach może dostać się gaz do jamy brzusznej na tle przebicia raka żołądka, wrzodu gruźliczego lub durowego jelita, zapalenia wyrostka robaczkowego, — jednak w tych przypadkach unikamy z łatwością pomyłki rozpoznawczej na podstawie dokładnej historji choroby, obserwacji klinicznych i t. d.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo esperanckie.
Internacia Medicina Revuo.

1930, Nr. 1.

J. K. Friedjung (Wiedeń): *Wychowanie i pediatrja.* Wykład, wygłoszony na zjeździe lekarzy esperantystów we Wiedniu w lipcu 1929 r. U dzieci nieprawidłowo wychowanych występują częściej brak apetytu, bóle brzucha, zaparcie, częste moczenie, jąkanie się, lęk nocny, dychawica oskrzelowa i inne stany patologiczne, albo znane objawy chorobowe przybierają u tego rodzaju dzieci zupełnie odmienną postać niż u dzieci prawidłowych. Do takich dzieci należą dzieci jedynacy, dzieci pieszczone i zbyt kochane lub też dzieci niekochane, znienawidzone, często i zbyt ostro karane, dzieci pozostające pod szkodliwym wpływem osób obcych, wyrastające w zbyt ciasnych mieszkaniach wśród dorosłych i t. p. Toteż lekarz chorób dziecięcych jeszcze bardziej niż każdy inny musi być psychologicznie dobrze wykształconym, ażeby w podobnych przypadkach trafnie rozpoznawać i skutecznie leczyć.

Czleniak (Zagrzeb): *O organizacji higjeny w Jugosławji.* Również wykład, wygłoszony na powyższym zjeździe lekarzy esperantystów. Cała Jugosławia została podzielona na dziewięć instytutów higjenicznych, umieszczonych w następujących miastach: Lublana, Zagrzeb, Split, Sarajewo, Beograd, Nowysad, Nisz, Skople i Cetinje. Każdy instytut zaopatruje pewien obszar, podzielony na kilka powiatów; całe państwo jest podzielone na 33 powiaty. Wszelką pracą higjeniczną kieruje i kontroluje Departament sanitarny w Ministerstwie dla spraw społecznych. Departament jest podzielony na różne sekcje sanitarno-higjeniczne, każda sekcja ma swego osobnego kierownika. Kierownikiem Departamentu sanitarnego jest dr. Andrzej Sztampar. Jemu udało się pozyskać dla spraw sanitarnych Jugosławji filantropa Stanów Zjednoczonych Rockfellera, który hojnie ufundował dla Zagrzebia wspaniały instytut higjeny dla medycyny społecznej i osobny instytut dla nauczania zdrowotności ludowej. Oba instytuty mieszczą się obok siebie i pracują też razem. Propagandę higjeny prowadzi się też przy pomocy wykładów, filmów i pouczań w miastach i po wsiach. W szkołach średnich i fachowych higjena jest przedmiotem obowiązkowym nauczania. Ludność miejską jak i wiejską już od szkoły ludowej wychowuje się praktycznie do przestrzegania higjeny tak że sama ludność potem pracuje i przyczynia się do wszelkich urządzeń zdrowotnych.

J. Loessl (Debreczyn): *Doświadczenia przy operacjach żołądkowo-jelitowych zapomocą przyrządu do szycia von Petza.* W klinice chirurgicznej w Debreczynie wykonano w ostatnich dwóch latach 92 resekcji żołądkowych. Z tych 58 były operowane zapomocą przyrządu do szycia v. Petza, a 34 przypadków bez tego aparatu. Zwracano uwagę głównie na to, czy i jak często po operacji znaleziono krew w wymiocinach lub plwocinach. Pokazało się, że z pośród 58 operacyj sposobem v. Petza tylko w ośmiu przypadkach stwierdzono widoczną ilość krwi, podczas gdy z pośród innych 34 przypadków, szytych ręką było siedm z krwią. Autor zaleca przyrząd do szycia jelit von Petza zwłaszcza przy złączeniu żołądka i jelit o szerokiem świetle. Operacja tym przyrządem staje się prostą i łatwą, trwa o wiele krócej, może być radykalniejsza i wykonana w górnej części żołądka, a aseptyka i tamowanie krwi są o wiele pewniejsze.

Dr. Fels.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

W dniu 15 stycznia 1930 r. odbyła się na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego o godzinie 8 wieczorem uroczysta akademja ku uczczeniu pamięci Prof. Rosnera.

Prezes: Prof. Latkowski.

Obecnych 220 gości.

Wśród gości byli obecni:

Rodzina zmarłego, Wojewoda Krakowski Dr. Kwaśniewski, Rektor U. J. Prof. Hoyer, Prezes Akademji Umiejętności Prof. Kostanecki, Wiceprezydent Miasta Dr. Schneider, Profesorowie Wydziału Filozoficznego, Prawniczego, Teologicznego U. J. Profesorowie i Docenci Wydziału Lekarskiego U. J. zjawili się w komplecie.

Jako delegaci przybyli Dr. Rożkowski i Dr. Kon z ramienia Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Dr. Barański z ramienia Wydziału Sanitarnego P. K. P. Kraków.

Posiedzenie zagaił Prezes Prof. Latkowski, wygłaszając następujące przemówienie:

Jako przewodniczącemu Towarzystwa Lekarskiego przypadł mi zaszczyt otwarcia dzisiejszego żałobnego posiedzenia Towarzystwa na którem mamy uczcić pamięć zmarłego znakomitego kolegi, zasłużonego Prezesa i członka honorowego Tow. Lekarskiego.

Ciężki zaiste nad wyraz cios poniósł polski świat lekarski.

Ś. p. Aleksander Rosner urodził się 26. II. 1867 r. Studja gimnazjalne i uniwersyteckie odbył w Krakowie. Promował się na Doktora w 1890 r., bezpośrednio po tem mianowany został elewem Kliniki chirurgicznej, a w 1891 elewem Kliniki ginekologicznej, później zaś w r. 1892 asystentem na której to posadzie pozostawał do roku 1896. Docentem został w 1895 r. wkrótce potem odbył podróż naukową zagranicę, w 1898 r. zaś został profesorem szkoły położnych i prymarjuszem Szpitala św. Łazarza. W 1907 r. mianowany zwyczajnym profesorem. W 1907 r. był prezesem Tow. Lekarskiego. Godność tę piastował i w latach 1920—1921. Od 1910—1926 był ś. p. Zmarły prezesem Tow. ginekologicznego. Dziekanem Wydziału lekarskiego był w latach 1914—1915 i 1926—1927. Obok tego był członkiem honorowym Tow. Lek. i Tow. ginekologicznych w Krakowie, w Warszawie, w Poznaniu, Lwowie i Wilnie i prezesem Polskigo Towarzystwa ginekologicznego.

Trudno nam jeszcze uwierzyć, że ten człowiek w pełni sił który żywy brał udział w pracach uniwersyteckich i licznych Tow. naukowych, który niedawno jeszcze tu z tego miejsca w towarzystwie naszem przemawiał i olśniewał wszystkich swem prawdziwie żywem słowem, już nie żyje. Wszak widzimy go wszyscy tak pełnego energji i zapału, że trudno się pogodzić z faktem nieodwracalnym jakim jest dla nas śmierć tego człowieka. Tu w tem Tow. Lek. zostawił ś. p. Rosner po sobie wspomnienie mówcy obdarowanego niezwykłym darem prawdziwie żywego pięknego słowa, zawsze budzącego uwagę słuchaczy. To też sale Tow. Lek. wypełniały się po brzegi na wiadomość że Prof. Rosner będzie przemawiać. Swą niezwykłą inteligencją i wielkim polotem myśli czarował audytorjum i potrafił zawsze ożywić każde posiedzenie naukowe a również niezrównanemi były jego przemówienia z okazji różnych uroczystości, gdyż niezwykłemi porównaniami i prawdziwym dowcipem okraszał każdą swą mowę.

Z świetnym i efektownym darem wysławiania się łączył nadzwyczajny talent pedagogiczny, to też był uwielbianym przez uczniów pedagogiem.

Wybitna jego twórczość naukowa oparta była na głębokiej i szerokiej wiedzy, badania jego obok badań z zakresu ginekologji sięgają daleko poza zakres tej specjalności a wszystkie jego dzieła, cechuje wybitny talent literacki. Był jednym z najlepszych klinicystów, był genjalnym pedagogiem, godnym następcą Madurowicza i Jordana.

Głęboka wiedza i intuicja zrobiła go znakomitym lekarzem do którego z zaufaniem zgłaszały się rzesze z wdzięcznością wspominających go pacjentek.

Lekarze polscy, a szczególnie krakowscy, tracą w nim niezmiernie wiele, tracą swego przewodnika, doradcę, liczne towarzystwa naukowe i filantropijne organizatora, chore prawdziwego ojca i opiekuna.

Roczniki Towarzystwa opowiedzą naszym następcom o zasługach ś. p. Rosnera jako reorganizatora Towarzystwa Lekarskiego, które gdy po wojnie chyliło się do upadku, on dźwignął, ożywił i uzdrowił.

To też Zarząd Towarzystwa Lekarskiego chcąc uczcić pamięć postanowił umieścić Jego portret w sali posiedzeń i zebrać składki na fundusz Jego Imienia.

Następnie przemawiali Dziekan Wydziału Lekarskiego Prof. Dr. J. Piltz:

Ś. p. Aleksander Rosner posiadał niepospolite cechy umysłu i charakteru.

W obcowaniu z Nim uderzała Jego niezwykła subtelna wrażliwość, dzięki której wszystkie przejawy ducha ludzkiego wzbudzały w Nim żywe zainteresowanie.

Obdarzony był taką bystrością umysłu, pamięcią, takiem poczuciem ładu i porządku w myśleniu oraz zmysłem krytycznym, że zdobywanie wiedzy przychodziło Mu z nadzwyczajną łatwością.

Umysł Jego odznaczał się wprost fenomenalną pojemnością.

Jego talent krasomówczy, owiany pogodnym humorem i wytwornym dowcipem — to był istny dar Boży.

Poza tem posiadał On wrodzoną dążność do ciągłego kształcenia i doskonalenia się.

Zmarły był jednak nietylko intelektualistą — miał silnie rozwinięte uczucia rodzinne i społeczne, które sprawiały, że był żywym człowiekiem i brał czynny udział w życiu.

Był też czy to na ławie szkolnej, czy też w późniejszej pracy zawsze dobrym kolegą a jako lekarz pełen serdecznej troskliwości dla Swoich chorych.

W pracy wykazywał niezwykłą sumienność, obowiązkowość, wytrwałość i niestrudzoną energję.

Posiadał też silnie rozwinięte poczucie godności i odpowiedzialności oraz dużą odwagę cywilną.

Dzięki tym wszystkim cechom umysłu i charakteru stał się ś. p. Prof. Rosner znakomitym pedagogiem. Jasnemi wykładami bogatemi w treść i ujętemi w piękną szatę, pociągał i czarował słuchaczy.

Prócz tego że był niepospolitym lekarzem w Swojej specjalności, orjentował się znakomicie w innych działach medycyny.

Był to klinicysta w wielkim stylu!

Jako pierwszorzędny uczony, licznemi pracami naukowemi z zakresu najważniejszych, podstawowych zagadnień patologji przyczynił się znakomicie do rozwoju nauki polskiej.

Wykształcił cały zastęp dzielnych specjalistów. Niektórzy z nich zajmują dziś najwybitniejsze stanowiska w uniwersytetach naszych.

Napisał świetny z zakresu Swojej specjalności podręcznik, z którego czerpią wiedzę nietylko słuchacze medycyny wszystkich polskich uniwersytetów ale i lekarze.

Nie zacieśniał się jednak w Swoim zawodzie. Dużo czasu poświęcał literaturze i sztukom pięknym, historii kultury i zagadnieniom ogólno-ludzkim, — bo myślenie Jego i zamiłowania szły nietylko w kierunku przyrodniczem lecz i filozoficzno-humanistycznym.

Był to człowiek o wysokiej kulturze!

Przesiąknięty nawskroś najpiękniejszemi tradycjami naszej prastarej Alma Mater Jagiellonica, był tak całem sercem przywiązany do niej, że do wszystkich spraw, dotyczących Uniwersytetu Jagiellońskiego, odnosił się z nadzwyczajnym pietyzmem. Dla spraw uniwersyteckich żywił w Swojem sercu specjalny sentyment.

Niejeden z nas odczuwał to tak dalece, że o ile chciał jakąś sprawę przeprowadzić, bądź na Wydziale, bądź w Senacie, interesował się wielce, czy Rosner będzie na posiedzeniu obecny. Dobrze bowiem było wiadomem, że słuszną sprawę Rosner zawsze ujmie objektywnie i poprze.

Ś. p. Prof. Rosner, pełen inicjatywy i obdarzony zmysłem organizacyjnym, tworzy Klinikę, która niezaprzeczenie stanie się jedną z najpiękniejszych klinik w Europie. Ci, którzy się z nim stykali przy tej pracy, wiedzą, ile starań i trudów włożył Rosner w to najukochańsze Swoje dzieło. Obejmując dalekie horyzonty, budował tę Klinikę z myślą o przyszłych pokoleniach. Budował ją — dla społeczeństwa na pożytek, dla imienia polskiego na chwałę!

W tym samym czasie bez dłuższych starań i przygotowań, powstaje z inicjatywy prof. Rosnera tak bardzo pożyteczna i potrzebna instytucja — Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Higjenistek.

Jakby za dotknięciem różdżki czarodziejskiej Rosner zjednywa Fundusz Rockefellerowski i przy pomocy Rządu buduje w bardzo szybkim tempie instytucję, która już przyspożyła społeczeństwu niezmiernie pożyteczny zastęp sił do pracy.

Jedne jako pielęgniarki w Klinikach i szpitalach przyczyniają się do podniesienia poziomu opieki nad chorymi, inne w charakterze higjenistek pracują nad poprawą warunków zdrowotnych uboższej ludności w fabrykach, domach robotniczych i t. p.

Zasługi ś. p. Prof. Rosnera dla Wydziału lekarskiego, dla Uniwersytetu i dla społeczeństwa naszego są tak wielkie, że, jakkolwiek śmierć zabrała Go przedwcześnie, to jednak można powiedzieć, że zadanie, do jakiego los Go powołał, spełnił w zupełności.

To też pozostanie On dla nas wzorem do naśladowania.

Jego bogata dusza i czyny niespożyte budzą w nas podziw i cześć!

Doc. Dr. Szymanowicz.
Doc. Dr. Zubrzycki.

Prof. Dr. L. Wachholz.

Garść wspomnień o Św. p. A. Rosnerze.
(streszczenie własne)

„Śmierć pewna a bliska;
Maże wszelkie rachuby; czas wartko ucieka;
Dziś rwij róże, bo nie wiesz, co cię jutro czeka".

I on zrywał pełną garścią róże swego talentu i bogatego doświadczenia i rozrzucał je hojnie pomiędzy rzesze swych uczniów i kolegów z zawodu dziś, bo nie wiedział, chociaż przeczuwał, co go jutro czekało. I to jutro przyszło nagle i niespodziewanie i oto przestał być rzeczywistością, bytem ziemskim a stał się już tylko pojęciem, wspomnieniem.

Lat 45 mija od chwili naszego poznania się mimo, że byliśmy obaj rdzennymi krakowianinami i mimo, że Kraków z przed ½ wieku liczył niewiele nad 50 tysięcy mieszkańców. Poznanie nastąpiło w pięknym teatrze anatomicznym wielkiego Teichmanna, gdzie śp. Rosner jako słuchacz drugiego roku zajął miejsce w pierwszej prawej ławie wraz ze swymi najbliższymi towarzyszami współpracy, śp. Stanisławem Czaplińskim, umysłem bujnym, pomysłowym, ale psychopatycznie rozwichrzonym i Adolfem Beckiem, umysłem ścisłym, krytycznym i zimnym. Rosner łączył w sobie cenne zalety obu swych kolegów, dodając doń pewien wdzięk naturalny ujmowania rzeczy w piśmie i w żywem słowie. Był on prawdziwym protagonistą na swoim roku w ciągu całego trwania studjów. Tę godność pierwszego na swym roku zawdzięczał wrodzonym zdolnościom, wielkiemu poczuciu obowiązku, zamiłowaniu i zapałowi do nauk wogóle a w szczególności do nauki lekarskiej, wreszcie zdolności jasnego sposobu wypowiadania swych myśli. Wielki zapał do nauk lekarskich umiał Rosner utrzymać na wodzy swoim trzeźwym rozsądkiem. Nie popełnił on błędu, którego dopuścili się niektórzy z młodych adeptów nauk lekarskich, a który polegał na zupełnem oddaniu się pewnej gałęzi już w czasie normalnych studjów lekarskich z uszczerbkiem dla ogólnego wykształcenia zawodowego. Rosner wiedział, że możliwie najdokładniejsze zapoznanie się z wszystkiemi naukami lekarskiemi stanowić może jedynie pewną i ścisłą podstawę do późniejszej specjalizacji. Tem też ogólnem wykształceniem lekarskiem zdumiewał on w swych wykładach i w dyskusjach naukowych swych uczniów i kolegów. Jako wyraz sumiennych jego studjów studenckich stanowią jego colloquia, złożone ze wszystkich obowiązkowych i nadobowiązkowych przedmiotów u odnośnych profesorów. Te prywatne egzamina, które dziś niestety należą już tylko do historji, miały dla niego bardzo ważne znaczenie. Składaniem tych egzaminów chciał on wobec swych kolegów usprawiedliwić ten przywilej, z jakiego jako syn profesora uniwersytetu korzystał, to jest przywilej uwolnienia od opłaty czesnego. Uzyskanie zwolnienia od opłaty czesnego zależało u innych uczniów od pomyślnego złożenia półrocznych kolokwiów obok poświadczenia ubóstwa. Kolokwia były dalej dla Rosnera probierzem jego każdorazowej wiedzy lekarskiej a dawały mu również możność bezpośredniej wymiany myśli z odnośnym profesorem. Egzamina dyplomowe złożył Rosner w możliwie najwcześniejszych terminach i wszystkie maxima cum laude, aczkolwiek miał on także i niechętnych sobie egzaminatorów. Po rocznej praktyce w klinice chirurgicznej pod kierunków śp. Rydygiera objął w roku 1892 drugą asystenturę w klinice położniczo-ginekologicznej, pozostającej pod dyrekcją Prof. Madurowicza. I tu nasuwa się pytanie, dlaczego Rosner ze swym szerokim umysłem i swem gruntownem a wszechstronnem przygotowaniem ogólno lekarskiem wybrał sobie z pośród gałęzi wiedzy lekarskiej właśnie gałęź tak ograniczoną, jak się dowcipnie wyraził w swem przemówieniu bankietowem na niewiele godzin przed swą śmiercią — mały folwark, dlaczego nie wybrał sobie np. szczegółowej patologji i terapji chorób wewnętrznych. Nie pomylimy się zbytnio, jeżeli za poważną przyczynę tego wyboru uznamy długoletni jego a wielki kult dla osoby Prof. Madurowicza, wielkiego przyjaciela jego rodziców a usposobionego mu tak, jak nim bywa ojciec względem syna. Kiedy po śmierci Madurowicza w roku 1893 objął śp. Prof. Jordan zrazu zastępczo a potem na stałe dyrekcję kliniki ginekologiczno-położniczej, oddał Rosner niezmierne usługi swemu nowemu szefowi. Głośna walka, jaka zawrzała o spuściznę po Madurowiczu, byłaby się niewątpliwie zakończyła klęską Jordana, gdyby nie usługa i pomoc Rosnera. Stosunek jego do nowego szefa stał się więc, nic dziwnego, serdecznym i w tych warunkach Rosner odbył swą habilitację, a następnie uzyskawszy urlop, wyjechał na szereg miesięcy w podróż naukową po Europie. Listy jego z podróży pisane do Jordana, pełne dowcipu, bystrych spostrzeżeń, trafnej krytyki odczytywał Jordan swym asystentom i swym kolegom z prawdziwą dumą, że posiada tak uzdolnionego ucznia i asystenta. W roku 1898 objął Rosner posadę profesora szkoły akuszerek po prof. Marsie, powołanym na katedrę uniwersytecką do Lwowa. Miejsce jego przy Jordanie zajęli inni. I oto z biegiem czasu sprawdziło się to przysłowie, że „co z oczu, to i z myśli". Stosunek jego do byłego szefa nie z jego winy stawał się coraz to chłodniejszym i luźniejszym. Gdyby był Jordan żył dłużej, to możeby wysunął był na swego następcę innego ze swych asystentów niż Rosnera, w każdym razie ponad wszelką wątpliwość o wiele mniej uzdolnionego i godnego. W roku 1907 przedstawił Rosnera Wydział Lekarski na swój wniosek jako jedynego kandydata na następcę Jordana. Objąwszy nowe obowiązki, które stanowiły najdalszy cel jego marzeń, doznał dowodów zawiści losu. Przedewszystkiem musiał niebawem, bo w roku 1910 ustąpić z piastowanego równocześnie z profesurą prymarjatu położniczego w Szpitalu Św. Łazarza, mimo że był on pierwszym z dyrektorów kliniki, który swój oddział szpitalny nie traktował po macoszemu. Na szczególną wzmiankę zasługuje stosunek Rosnera do prof. Cybulskiego, do którego pierwszych uczniów należał. Od pierwszych chwil zadzierżgnął się serdeczny stosunek między młodym, w roku 1885 mianowanym następcą śp. prof. Piotrowskiego Cybulskim a jego uczniem Rosnerem. Stosunek ten jedynej, prawdziwej przyjaźni między profesorem a uczniem jest bezprzykładnie pięknym epizodem z życia obydwóch. W domu tego swego przyjaciela i ukochanego profesora poznał — jak się sam wyraził w przemówieniu swem ku czci Cybulskiego w dziesięciolecie jego śmierci — szczęście swojego życia, swą żonę, którą mu zawiść losu przedwcześnie wydarła. W tym samym momencie spadały na niego inne zawody życiowe, które dały mu odczuć tę „przykrość kultury", o jakiej, w najnowszem swem dziele mówi Zygmunt Freud. I jakby w przeczuciu wywodów Freuda chwyta się on gorączkowo pracy naukowej, ślęczy nad swym podręcznikiem, studjuje plany i organizację przyszłej nowej kliniki, aby w ten sposób uchylić się od przykrości życiowych. Ale w tym ostatnim okresie jego życia spotykają go także i coraz powszechniejsze uznania i zaszczyty.

Garść tych wspomnień zacząłem od przytoczenia Horacjuszowego „carpe diem". Jeżeli duch Rosnera unosi się w tej chwili nad nami, to wiem, że będzie mu miłem, jeżeli przemówienie moje zakończę zdaniem głośnego greckiego biografa:

(„Drzewa powalone i ścięte wyrastają szybko, utrata mężów, którzy nas opuścili, nie łatwą jest do powetowania").

W końcu odczytał Prezes telegramy kondolencyjne od PP. Dziekanów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetów Wileńskiego i Warszawskiego, z Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego, od Dra Putermana ze Sosnowca oraz list od Dra Natansona.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia wyborczego z dn. 7. I. 1930 r.

Przewodniczący: Wiceprezes L. Paszkiewicz.
Obecnych członków T-wa 92.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia administracyjnego z dn. 30. XII. 1929 r.

II. Sekretarz doroczny J. Trzebiński odczytuje sprawozdanie z działalności naukowej T-wa za rok ubiegły.

W roku sprawozdawczym 1929 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie odbyło 22 posiedzenia kliniczne, na których wygłoszono 32 odczyty i przedstawiono 24 pokazy. W dyskusji zabierały głos 94 osoby.

Frekwencja kolegów członków Towarzystwa wyniosła ogółem 1008 osób, średnio na jednem posiedzeniu — 46. Największa liczba członków na jednem posiedzeniu — 88 osób, najmniejsza 22.

490 gości przybyło na posiedzenia kliniczne, średnio 24 osoby na 1 posiedzenie. Największa liczba — 67 osób, najmniejsza — 7.

Oprócz posiedzeń klinicznych, odbyło się 5 posiedzeń, poświęconych sprawom szpitalnictwa. Wygłoszono na nich 6 odczytów, w dyskusji zabierało głos 41 osób. Frekwencja członków ogółem — 259 osób, gości — 57. Średnio na 1 posiedzenie wypadało 52 członków i 11 gości.

Sprawy, omawiane na posiedzeniach, poświęconych szpitalnictwu, budziły wśród zebranych niemałe zainteresowanie i wywoływały wielce ożywioną dyskusję. Z odczytów i związanej z ni mi dyskusji wyzierała zawsze głęboka troska o dobro szpitalnictwa.

Wszystkie protokóły posiedzeń zostały przygotowane do druku.

III. Wiceprezes złożył podziękowanie ustępującemu sekretarzowi dorocznemu kol. J. Trzebińskiemu za pracę na tem stanowisku w roku ubiegłym.

IV. Wobec dostatecznej liczby obecnych członków T-wa — przystąpiono do wyborów:

1) na Sekretarza Stałego został wybrany kol. Bronisław Sawicki,

2) na Prezesa został wybrany kol. Witold Orłowski,

3) na Wiceprezesa został wybrany kol. Ludwik Paszkiewicz,

4) na Sekretarza dorocznego został wybrany kol. Jan Roguski,

5) na Zastępcę sekretarza dorocznego wybrano kol. Władysława Kosińskiego,

6) na Członka Zarządu wybrano kol. Wacława Łapińskiego,

7) na Członka Komitetu Rewizyjnego został wybrany kol. Bryndza-Nacki Ludwik,

8) do Kasy Wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach wybrani zostali koledzy: A. Gruszczyński, H. Łazarowicz, W. Szumlański, oraz G. Chodakowski i A. Krzyczkowski.

9) na członków czynnych wybrani zostali: kol.. Barański Rajmund, Bratkowski Edmund, Brokman Henryk, Butkiewicz Tadeusz, Chodkowski Karol, Dobrowolski Kazimierz, Hinz Tadeusz, Jachimowicz Jan, Korsak Idalja, Korzeniowski Lucjan, Krause Aleksander, Laskowski Józef, Latkowski Michał, Markert Wacław, May Józef, Michałowicz Mieczysław, Piasecki Marjan, Piechowska Janina, Piotrowski Kazimierz, Pokorny Gwidon, Pokrzewiński Stefan, Popowski Stanisław, Półtorzycka Stanisława, Pruszczyński Aleksander, Ręczajski Wacław, Rytel Aleksander, Siedlecki Eustachy, Wasilkowska-Krukowska Helena, Wajgiel Eugenjusz, Wierzbowska Marja, Wszelaki Stanisław, Znajewska Halina.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz Doroczny: *Jan Trzebiński.*
Wiceprezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Walne Zebranie Doroczne Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce.

Odbyło się w dniu 20. XII. 1929 r. w Sali Konferencyjnej Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich (Mokotów-Lotnisko) pod przewodnictwem prof. U. W. R. Nitscha. W tej samej sali przed rokiem miało miejsce zebranie orgainzacyjne tegoż Komitetu, który powstał z inicjatywy kilku lekarzy wojskowych z gen. S. Rouppertem na czele. Komitet powstał przedewszystkiem dla spopularyzowania samej potrzeby t. zw. medycyny lotniczej w Polsce i jej doniosłej roli dla rozwoju naszego lotnictwa, a następnie także dla gromadzenia przez koła lekarskie i nie-lekarskie, pozyskane dla tej idei, zasobów materjalnych, niezbędnych dla postawienia badań lotniczo-lekarskich na wysokim poziomie naukowym.

Jak widać ze sprawozdania, przedstawionego przez Wydział Wykonawczy, to w ciągu ubiegłego pierwszego roku swego istnienia Komitet nie dążył narazie do intensywnego rozrostu liczebnego, lecz pragnął przez nielicznych wprawdzie, ale oddanych swej idei adherentów pozyskać sympatję i zrozumienie w ośrodkach życia kulturalnego całego kraju. To też, jak wynikało ze sprawozdania skarbnika (dra K. Vacqueret) za rok ubiegły dochody Komitetu ze składek członkowskich (których wysokość minimalną ustalono na 5 zł rocznie) wyniosły zaledwie około 2.000 zł, większe zaś sumy uzyskano w postaci zapomóg od organizacyj pokrewnych i wspierających, jak od Ligi Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej, od Komitetu Lotnictwa Sanitarnego, od Koła Skarbowców L. O. P. P. i od Komitetu Wojewódzkiego Krakowskiego L. O. P. P. Dzięki tym hojnym datkom Komitet posiada dziś na *koncie czekowem P. K. O. Nr. 19091* około 22 tys. złotych, które stanowią poważny już zawiązek przyszłych funduszów, tak potrzebnych dla urzeczywistnienia zamierzeń Komitetu.

O tych najbliższych zamierzeniach poinformował zgromadzonych płk. lek. A. Huszcza, Kierownik Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, w treściwym referacie, poświęconym omówieniu *metod badań nad wpływem niskich ciśnień na organizm*. Podniósł on ogromną wartość tych badań, dokonywanych w komorach niskiego ciśnienia, czyli w t. zw. kesonach pneumatycznych, jak również w specjalnych samolotach, przeznaczonych dla celów doświadczalnych. Są to właściwe warsztaty pracy naukowo-doświadczalnej w zakresie medycyny lotniczej bez których nie można sobie wyobrazić szybkiego jej rozwoju i dalszych postępów. Dlatego też należy sobie postawić jako główny cel gromadzenia funduszów Komitetu jaknajprędsze stworzenie tych aparatów, dążąc do zbudowania ich środkami krajowemi.

Na tem samem posiedzeniu została także podniesiona sprawa utworzenia Rady naukowej lotniczo-lekarskiej, której głównem zadaniem byłoby nadawanie właściwego kierunku pracom naukowym, prowadzonym na terenie Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich w różnych działach medycyny lotniczej. W skład tej Rady mieliby wejść wybitni przedstawiciele wiedzy lekarskiej, zaproszeni przez Ministerstwo Spraw Wojskowych oraz Ministerstwo Komunkacji, gdyż oba te Ministerstwa są zainteresowane w pierwszym rzędzie w szybkich postępach tych badań.

Co do ogólnego kierunku działalności Komitetu w roku bieżącym wypowiedziano się za tem, aby dla ożywienia ruchu propagandowego zarówno w stolicy, jak i na prowincji, tworzyć tam placówki Komitetu w postaci miejscowych jego sekcyj czy kół, które powinny nawiązać stały kontakt z Komitetami Wojewódzkiemi lub regjonalnemi L. O. P. P., z Wydziałami Lekarskiemi Uniwersytetów oraz Izbami Lekarskiemi. Dla zainteresowania zaś kół fachowo-lekarskich zagadnieniami z zakresu medycyny lotniczej — należałoby urządzać od czasu do czasu odczyty, wygłaszane przez lekarzy lotniczych miejscowych, lub też delegowanych z Centrum. Wciągając w ten sposób szersze, niż dotychczas, warstwy do akcji Komitetu, należy mieć na widoku w głównej mierze popularyzowanie zadań Komitetu i rozszerzanie sfery jego wpływów, nie zaś bezpośrednie dochody materjalne z drobnych składek członkowskich, które nie mogą same przez się wiele zaważyć na szali gromadzenia funduszów Komitetu. Natomiast bardzo wydatną w tym względzie pomoc mogłaby okazać Liga Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej, jako organizacja, obejmująca całokształt spraw, dotyczących obrony powietrznej Państwa, a więc i sprawy medycyny lotniczej, grającej niepoślednią rolę w organizowaniu siły i tężyzny lotnictwa.

Wszystkie te postulaty, wysunięte na Walnem zebraniu, są zupełnie celowe i niewątpliwie przyczynią się do wzmożenia akcji Komitetu i do szybszego zrealizowaiia jego zamierzeń. Dla zaznajomienia członków Komitetu, obecnych na tem zebraniu, ze stanem zaopatrzenia Centrum Badań w całą skomplikowaną aparaturę kliniczną i laboratoryjną, Kierownik C. B. L. L. po zamknięciu posiedzenia, oprowadzał gości po wszystkich pracowniach i gabinetach, gdzie specjaliści poszczególnych działów udzielali wyjaśnień i demonstrowali urządzenia i przyrządy.

Interesujący się bliżej działalnością Komitetu i pragnący zapisać się na listę członków mogą zwracać się telefonicznie lub listownie do płk. dra A. Huszczy, Kierownika Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich (tel. służbowy 522—98, adres Mokotów-Lotnisko, bud. 28).

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska).

5. posiedzenie z dnia 13 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Prof. L. Skubiszewski.

Obecnych 26.

1) Przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 26. kwietnia 1929 r.

2) Prof. L. Skubiszewski wygłasza odczyt p. t.: *„O istocie zmian przerostowych w sercu"*.

Wobec tego, że wskaźnik sercowy do 5-go roku życia jest jednakowy u płci męskiej i żeńskiej, a od tego czasu wskaźnik żeński zmniejsza się i jest mniejszy w przybliżeniu o 8% od męskiego i że waga serca, według Müllera powiększa się aż do 70 roku życia, od razu powstaje słuszne przypuszczenie, iż ocena fizjologicznego przerostu serca należy do trudnych zagadnień i to tembardziej, że poznanie istoty przerostu patologicznego nie można uważać za wyczerpane.

Po omówieniu prac Rindfleischa, Förstera, Facilidesa, Zielonki, Letulle'a, Goldenberga, Tanzla, Hasenfelda, Romberga, Standlera, Albrechta i Neubera, referent przedstawił rozbieżność w poglądach na istotę przerostu mięśnia sercowego. Rozbieżność ta zdaniem referenta, wynika z doboru materjału badaniowego, prace bowiem wymienionych autorów były wykonane na patologicznych sercach przerostowych. Zmiany te rozwinęły się pod wpływem niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Niedomykalność w sercach ludzkich była spowodowana procesem zapalnym, a u zwierząt była wywołana sztucznie. W obu tych odmianach niedomykalności sam czynnik wywołujący niewątpliwie miał wpływ na mięsień sercowy, stąd też naturalną rzeczą było, że Albrecht w sercach przerostowych stwierdzał zwyrodnienie miąższowe. Stan ten niewątpliwie utrudniał ocenę wielkości komórek mięsnych w sercach przerostowych. To samo da się powiedzieć o tkance łącznej podścieliskowej. Nie można wątpić, że te czynniki chorobotwórcze, które spowodowały niedomykalność zastawek tętnicy głównej, były obojętne w stosunku do tkanki łącznej podścieliskowej serca.

Z przytoczonych uwag wynika, że naturalnem wymaganiem w określeniu istoty przerostu serca jest usunięcie przedewszystkiem tych ciężkich zmian, które zawsze współtowarzyszą niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Natura sama dostarcza nam odpowiedniego materjału do badań i poznania istoty zmian przerostowych, u ssaków bowiem i ptaków praca mięśni jest miarodajna dla oceny wielkości serca (Bollinger, Bergmann i Perrot). Mając na względzie niniejszy fakt, Prof. L. Skubiszewski przeprowadził badania na sercach zwierząt jednego i tego samego gatunku, ale znajdujących się w odrębnych warunkach, oraz serca zwierząt filogenetycznie ze sobą spokrewnionych, ale pędzących odmienny tryb życia. Do badań tych prelegent zużytkował materjał Ogrodu Zoologicznego w Poznaniu, dzięki uprzejmości Prof. Lubicz-Niezabitowskiego.

Materjał badaniowy:

Króliki na wolności wychowane	8
Króliki w klatkach wychowane	7
Zające	4
Sarny pospolite w klatce	2
Sarny pospolite na wolności	3
Jeleń	1
Małpy	10
Struś	1
Razem	36

Do tego dołącza się 26 przypadków serc przerostowych ludzkich. Na podstawie badań pomiarowych referent doszedł do następnych wniosków:

1) Równorzędnie z powiększeniem się wieku, przyborem ogólnej wagi mięśni szkieletowych ma też miejsce przybór masy serca, przybór który wynika z powiększenia się komórek mięsnych serca w poprzecznym kierunku.

2) O przyborze masy sercowej mięsnej i równoległem zwiększaniu się komórek mięsnych w poprzecznym wymiarze najlepiej świadczą serca tych zwierząt, które należąc do jednego i tego samego gatunku, zachowują odrębny tryb życia. Zmiany te tem jaskrawiej występują w tych przypadkach, kiedy odmienny tryb życia zachowany jest przez kilka pokoleń.

3) Na ptakach stany przerostowe ilustruje nam wymownie zachowanie się prawego serca, które wymiarami i masą niekiedy dochodzi do wielkości lewego serca.

4) Przerost prawej komory serc ludzkich jest związany z znacznem powiększeniem przeciętnej szerokości komórek mięsnych w porównaniu z włóknami serc zmienionych.

5) W ustroju ludzkim stan przerostowy występuje w sposób niezaprzeczalny już dla zwykłego oka, a w badaniach mikrometrycznych komórki mięsne dosięgają rozmiarów przerostowych lewego serca, w tych przypadkach, kiedy zwężenie prawego ujścia tętniczego ma miejsce tuż po porodzie albo nawet w okresie rozwojowym.

6) Tkanka łączna w przerostach fizjologicznych serc nie bierze czynnego udziału. W przerostach patologicznych obecność tkanki łącznej należy pojmować jako wyraz zaburzeń w tkance łącznej podścieliskowej na skutek działania bądź czynników zapalnych lub też następstwa zaburzeń w krążeniu w obrębie mięśnia sercowego.

7) Włókna kratkowane wykazują na podstawie pomiarów porównawczych niejednakową grubość, która wzrasta równomiernie do grubości poprzecznej włókien mięsnych. (autoreferat).

W dyskusji zabierają głos Dr. Zeyland, Prof. Skubiszewski.

3) Dr. J. Czyżak przedstawia: *a) Przypadek słoniowacizny wargi większej* u kobiety 26-letniej. Prawa warga sromowa jest wielkości 1½ dłoni, brak owrzodzeń. Narząd usunięto zapomocą amputacji.

Pod mikroskopem widać niezbyt szeroki pas nabłonka płaskiego odgraniczonego falistą linją, lecz wszędzie ostrą od błony podstawnej. Tu i ówdzie widać nieliczne gruczoły łojowe. Pod nabłonkiem rozpościera się tkanka łączna. Poszczególne włókna jej są obrzękłe i porozsuwane, w szczelinach mieści się jakby drobnoziarnisty pyłek (ścięty płyn białkowy). Miejscami, przeważnie ogniskowo, widać liczne naczynia limfatyczne otoczone dużą ilością limfocytów. W ich otoczeniu rzucają się w oczy ułożone przeważnie w ugrupowaniach komórki olbrzymie o 3,4, a nawet kilkunastu jądrach. Układ jąder wskazuje zarazem na genezę komórek, pochodzą one z wśródbłonka naczyń limfatycznych. Niewiadomo z jakich przyczyn podział komórek nie doszedł do właściwego końca, podziałowi uległy tylko jądra, gdy pierwoszcze tworzy jedną wielką bryłę. Obrazy mikroskopowe wraz z obrazem klinicznym upoważniają do rozpoznania słoniowacizny. Przyczyny tego schorzenia nie zdołano wykryć. Można było wyłączyć kiłę i gruźlicę, którą podawano często jako przyczynę tego schorzenia. Dalsze losy chorej są nieznane, ponieważ nie stawiła się do ponownego badania.

b) *Lymphangioma retroperitoneale* u 34-letniej wieloródki. Guz wielkości główki dziecka, leżący pozaotrzewnowo, w jego otoczeniu liczne zrosty z siecią i jelitami. Guz składa się z grubościennej torbel, z licznemi komórkami różnej wielkości, odgrodzonych od siebie szerszemi lub węższemi przegrodami oraz białemi ogniskami, wypełniającemi częściowo przestrzenie między przegrodami.

Preparaty mikroskopowe wykazują sieć przegródek łącznotkankowych wysłanych śródbłonkiem, zawierających płyn białkowy (chłonkę) oraz głównie limfocyty w najróżniejszych okresach rozwoju. Białawe ogniska przedstawiają się jako martwica powstała na skutek ścięcia się za życia chłonki wraz z elementami komórkowemi. W tej okolicy głównie spostrzega się obficie komórki olbrzymie z licznemi jądrami.

4) Dr. A. Barlik przedstawia: *a) Lymphosarcoma primarium peritonei* u 22-letniego mężczyzny. Po omówieniu spostrzeżeń zebranych w klinice, gdzie litrami odpuszczano płyn jasny zapomocą punkcji jamy brzusznej, przedstawia referent wynik sekcji: Odżywienie bardzo liche, obwód brzucha 200 cm. Sieć wielka waży 3100 g, jest zajęta przez guzy różnej wielkości, częściowo uszypułowane, białe, na rozkroju białe, o budowie jednolitej. Otrzewna ścienna oraz jelit usiana takiemiż guzami tylko mniejszemi. W jamie brzusznej płyn przezroczysty bursztynowy w ilości kilku litrów. Przepona od strony jamy brzusznej usiana gęsto guzami białemi poczęści zlewającemi się, które naciekają ścianę przepony tak, że o właściwym jej obrazie makroskopowo mówić nie można. Grubość jej wynosi od 1,5 do 2 cm. Błona surowicza wszystkich narządów jamy brzusznej usiana wyżej opisanemi guzkami, które niekiedy jak np. w okolicy nerki prawej, oraz małej miednicy posiadają wielkość głowy dziecka. Należy podkreślić, że guzy sieci wielkiej usadowione są przeważnie pomiędzy jej listkami. Narządy klatki piersiowej bez zmian nowotworowych. Badanie histologiczne wykazuje typową budowę dla mięsaka układu chłonnego. Punktem wyjścia nowotworu jest sieć wielka, a reszta guzów jamy brzusznej, to przerzuty inokulacyjne.

b) *Ciało wolne błony właściwej prawego jądra*, u mężczyzny 76-letniego. W mosznej ciało okrągłe, wielkości orzecha laskowego, spoistości chrząstkowatej; powstałe wskutek odsznurowania się części składowych przepukliny mosznowej.

c) *Dwa ciała obce pęcherza moczowego* u mężczyzny 59-letniego. W pęcherzu moczowym dwa cienkie druciki miedziane, każdy długości 3 cm, obłożony solami kwasu moczowego, wprowadzone do pęcherza samowolnie.

W dyskusji biorą udział: Dr. Zeyland, Dr. Winter, Dr. Barlik.

5) Dr. S. Winter przedstawia: *a) Hypernephroma malignum atypicum renis sin.* u chorej lat 17.

Referent przedstawia dane kliniczne i obszerniej omawia wynik sekcji, która wykazała: w jamie brzusznej płyn przesiękowy w małej ilości. Jelita wobec obecności guza leżącego zaotrzewnowo i zajmującego całą połowę jamy brzusznej, oraz wobec powiększenia wątroby, zupełnie uciśnięte w obrębie prawej dolnej połowy jamy brzusznej. Guz leżący w miejscu lewej nerki, wielkości dużej głowy człowieka udało się łatwo wyłuszczyć. Guz ten na przekroju wykazywał barwę szarawo-czerwonawą bez wyraźnego utkania, przyczem w wielu miejscach widoczne były ogniska rozpływające się; spoistość guza miejscami ciastowata, naogół dość twarda. Cały guz otoczony dość grubo torebką łącznotkankową. W wątrobie oraz w płucach i gruczołach stwierdzono rozległe ogniska przerzutowe, dochodzące np. w wątrobie wielkości jabłka, szarawe, o budowie współśrodkowej, dość twarde. Pozatem w żyle próżnej dolnej w miejscu ujścia żyły nerkowej lewej znaleziono wielki podłużny czop barwy szarawo-żółtawej, sięgający również do światła żyły nerkowej lewej, dość luźno ułożony w stosunku do ściany naczynia. Układu kostnego ani jamy czaszkowej nie sekcjonowano.

Badania mikroskopowe guza nerki wykazało następujące utkanie: przedewszystkiem na plan pierwszy wysuwają się w preparatach rozległe ogniska martwicy rozpływnej oraz ogniska krwiotoczne. Samo właściwe utkanie składa się z komórek dość dużych, wieloboczynch, posiadających liczne wypustki, przez co tworzą jakby siatkę, w której komórki są zanurzone. Komórki układają się różnie, w niektórych miejscach układają się dość luźno, przez co na plan pierwszy wysuwa się rysunek siatki, w innych miejscach znowu układają się zupełnie zbito. Komórki te są dość duże, zawierają duże jądra, przez co zaznacza się tylko wąski rąbek protoplazmy, barwią się równomiernie, przyczem w wielu miej-

scach zauważyć można figury nieprawidłowego podziału jądra. W komórkach tych widoczne są pozatem większe i mniejsze oczka, które przy barwieniu na tłuszcze dają odczyn dodatni, ilość tych kuleczek tłuszczowych jest nierównomierna w niektórych komórkach widzimy ich bardzo mało, w innych znowu zajmują prawie całą przestrzeń komórki. Całość utkania guza jest tak chaotyczna i nieregularna, że o jakimś typie utkania nie może być mowy. Ilość podścieliska łącznotkankowego minimalna, jedynie podtorebkowo znajdujemy większe pasma tkanki łącznej. Prawie zupełny brak naczyń krwionośnych tłumaczy obecność licznych ognisk martwiczych.

Podobne utkanie stwierdzamy w wszystkich ogniskach przerzutowych innych narządów. Na podstawie tego obrazu drobnowidowego rozpoznano sprawę nowotworową o charakterze wybitnie złośliwym, dającą bardzo szybko przerzuty do innych narządów drogą naczyń krwionośnych.

b) *Gruczolaka-raka żołądka* z dość rzadkiem tworzeniem przerzutów przez ciągły rozrost poprzez narządy sąsiednie aż do powłok zewnętrznych jamy brzusznej u kobiety 44-letniej.

W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono w jamie brzusznej wielki guz, w zakres którego wchodziły żołądek, poprzecznica wraz z siecią i przednią ścianą jamy brzusznej. Guz pozatem wykazywał dość ścisłe zespolenie z podłożem. Koniecznem wobec tego było częściowe wycięcie żołądka, poprzecznicy wraz z siecią, poczem wykonano zespolenie żołądka z jelitem cienkiem i wykonano boczne połączenie okrężnicy. Chora z powodu znacznego wyniszczenia nowotworowego i wyczerpania mięśnia sercowego zmarła na drugi dzień po zabiegu. Cały wycięty guz obejmujący żołądek, poprzecznicę i ścianę jamy brzusznej, wykazywał na przekroju guzowaty rozrost w obrębie ściany żołądka przechodzący następnie bocznie na przednią ścianę poprzecznicy, powodując jedynie zwężenie nieznaczne jej światła i ścisłe zespolenie ze ścianą przerastając ją aż da skóry właściwej.

Badaie mikroskopowe wykazało budowę typową dla adenocarcinoma.

6) Dr. L. Konkolewski przedstawia przypadek *obustronnego zwyrodnienia torbielowatego nerek* u kobiety 54-letniej.

Obie nerki prawie dwukrotnie powiększone, składają się z licznych tworów torbielowatych, różnej wielkości, tworzących konglomerat przestrzeni jamistych, wypełnionych treścią przezroczystą, płynną lub galaretowatą. W przegrodach między torbielami widać skąpe resztki miąższu nerkowego. Miedniczki nieznacznie rozszerzone. Moczowody drożne. Histologicznie na pierwszy plan występują twory torbielowate oraz rozrost tkanki łącznej. Charakterystyczne są obrazy małych torbieli, powstających bądź z rozszerzonej przestrzeni w obrębie torebki Bowmana, bądź z cewek moczowych. Zmian zapalnych dostrzega się zaledwie ślady. Co do sposobu powstania, to obrazy mikroskopowe przemawiają całkowicie za tłumaczeniem w myśl poglądów Hornowskiego.

Sekretarz (—) *J. Zeyland.*

Sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu Mieszkaniowego i Planowania Miast w Rzymie we wrześniu r. ub. Inż. Z. Rudolfa, delegata Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia).

Sprawami mieszkaniowemi i planowania miast zajmuje się Międzynarodowa Feredacja Mieszkaniowa i Planowania Miast z siedzibą w Londynie. Federacja ta, do której należa w charakterze członków urzędy oraz instytucje naukowe i społeczne, zajmujące się temi zagadnieniami w poszczególnych krajach, już od wielu lat urządza co rok międzynarodowe zjazdy kolejno w tych państwach, które je do siebie zapraszają. We wrześniu r. ub. zjazd taki odbył się w Rzymie, Neapolu i Medjolanie. W Rzymie omawiano sprawę historycznego rozwoju tego miasta i jego znaczenie dla nowoczesnej nauki planowania miast, finansowania domów dla robotników oraz warstw średnio zamożnych, przekształcania starych i historycznych miast w kierunku ich unowocześnienia, budowę domów wielorodzinnych w dużych miastach oraz sposoby rozszerzania miast ze specjalnem uwzględnieniem miast starożytnych. W Neapolu zwiedzano głównie miasto, w Medjolanie wysłuchano referatu o rozwoju tego miasta oraz szeregu mów wszystkich delegacyj różnych państw na zamknięcie zjazdu. Liczne wycieczki do okolicznych miejscowości tych trzech miast uzupełniły obrady. Wszędzie dał się spostrzegać wielki rozmach w kierunku zaopatrzenia pracującej ludności w mieszkania.

Zjazdy Federacji są niezmiernie interesujące ze względu na tematy i dyskusję oraz wybór samych prelegentów, a organizacja ich jest wzorowa. Miałem możność o tem się przekonać, gdyż już w roku 1925 byłem w charakterze przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na Zjeździe w Nowym Yorku, w r. 1928 — w Paryżu, a w roku bieżącym — w Rzymie. Przekonałem się jednocześnie, że Polska powinna się temi zjazdami więcej interesować, gdyż jesteśmy państwem, które pod względem rozwiązania sprawy mieszkaniowej oraz planowania osiedli ma rzeczywiście jeszcze wielkie potrzeby i trudności. Delegacja polska na zjeździe w Rzymie reprezentowała między innemi Ministerstwo Robót Publicznych, Towarzystwo Urbanistów Polskich, Magistrat m. st. Warszawy oraz poszczególne samorządy. Cieszyć się należy z tego, że coraz więcej poznają nas zagranicą nietylko z pochodzenia, ale i z prac i głosów, zabieranych w dyskusji. Zwrócić jednak należy uwagę na to, że powinniśmy mieć na zjazdach tych więcej referatów, i więcej osób, które mogłyby coś powiedzieć w dyskusji, bowiem w ten sposób Polska najprędzej może wykazać, że jest jednym z poważnych czynników w dziedzinie kulturalnej współpracy narodów.

Przyjęcia we Włoszech były bardzo gościnne, nacechowane niezwykłą serdecznością, a przyjęcie u gubernatora w Rzymie sprawiło tak miłe wrażenie, że zostanie mi na długo w pamięci. Mimowoli powstaje chęć odwzajemnienia się — poczekamy jeszcze klka lat, a niewątpliwie będziemy mogli zaprosić zjazd do Warszawy.

Już wspomniałem, że zjazd rzymski poruszył szereg niezmiernie ważnych zagadnień, na tem miejscu muszę się ograniczyć jedynie do najbardziej zasadniczych. W dziedzinie finansowania domów dla robotników i wartw średnio zamożnych podkreślono, że komorne powinno być podniesione w wielu państwach, a przyrównanie komornego w starych domach do komornego w nowych domach winno następować stopniowo. Zniesienie ustawy o ochronie lokatorów w sposób nagły byłoby niemożliwe, mogąc wywołać wstrząsy społeczne, potrzebny jest raczej wzmożony ruch budowlany, przedsięwzięty przez czynniki państwowe i samorządowe przy stopniowem usuwaniu ograniczeń prawnych. Była także rzucona myśl wspaniała, aby kapitały, zaoszczędzone na skutek mającej powstać ogólnej redukcji zbrojeń, obrócić właśnie na budowę mieszkań dla szerokich warstw ludności. Zastanawiano się nad tem, czy należy jeszcze budować domy wielomieszkaniowe, czy też tylko indywidualne. Zależy to oczywiście od warunków ekonomicznych i socjalnych, ale niekorzyści, płynące z budowy domów czynszowych, mogą być znacznie złagodzone przez zastosowanie odpowiednich przepisów budowlanych. Jest wskazane, aby domy wielomieszkaniowe budowano tylko w śródmieściu, natomiast na peryferjach miasta zabudowanie powinno być mniej intensywne. Domy wielkie powinny stać pojedyńczo, a nie w szeregu zwartym, gdyż wtedy przewietrzanie ich jest znacznie lepsze. Podniesiono, że domy koszarowe nie są odpowiednie dla dużych rodzin z wyjątkiem chyba mieszkań na parterze, lub w częściach budynku, gdzie jest dosyć światła i powietrza. Wszystkie mieszkania winny być zaopatrzone w niezbędne urządzenia sanitarne.

Mówiąc o przekształceniu starych historycznych miast dla ich przystosowania do nowoczesnych wymagań życia, ustalono, że najlepszym sposobem dla zabezpieczenia piękna i malowniczości starych dzielnic jest tworzenie nowych ośrodków. Regulacja starych dzielnic winna się ograniczać do podniesienia ich stanu artystyczno-historycznego i do ulepszeń o charakterze zdrowotnym, unikając burzenia na wielką skalę, czegoby wymagał nowoczesny rozwój komunikacji. Aby odciążyć starą dzielnicę od wielkiego ruchu, zwłaszcza przejściowego, należy prowadzić drogi obwodowe. Budynki o znaczeniu historycznem winny być otoczone ogrodami i pozostawać jaknajdalej od ruchu. Przy projektowaniu nowych ulic w starych dzielnicach należy burzyć jedynie te budynki, które nie mają historycznego znaczenia. Należy dbać o zachowanie ogólnego charakteru całych dzielnic. Nowe rozwiązania architektoniczne należy stosować w dzielnicach nowopowstających. Przyjęto ogólnie, że miasta powinny wykupywać grunty na potrzeby nowych dróg oraz dla celów budowlanych, zyskując przytem, że przyrost wartości gruntów przy zabudowie terenów pokrywa dużą część kosztów wywłaszczeniowych.

W zakresie rozbudowy miast nakreślono linje rozwojowe różnych miast, wśród których, np. Medjolan rozwijał się w sposób radjalny. Zjazd stoi na stanowisku, że miasto może się rozszerzać tylko do pewnych granic, później zaś musi przenieść swój rozwój na szereg mniejszych miast sąsiednich — satelitów, mogą to być nietylko miasta-ogrody, ale i ośrodki przemysłowe. Gdzie leży ta granica, jeszcze nie określono, wymaga to dłuższych badań. Trzeba również zwrócić uwagę na rozwój powierzchni zielonych i środków transportowych, od których w dużym stopniu zależy kształtowanie się samego organizmu miasta.

Wreszcie poruszono temat, może najważniejszy, dotyczący potrzeby badań w dziedzinie planowania miast. Odnośny referat wygłosił angielski wiceminister zdrowia Dr. Gibbon, który wprowadził dla nauk budowy miast nową nazwę geografji socjalnej. Jest to nauka o warunkach, które normują życie gromad ludzkich w miastach i na wsi, oraz warunkach, które decudują o użyciu gruntu z największą korzyścią dla gminy na cele przemysłowe, handlowe i rozrywkowe.

Dotychczas kierowano się w planowaniu miast zanadto empiryzmem, zamało mamy jeszcze istotnych podstaw, zdobytych drogą starannych badań przeszłych oraz obecnych warunków. Wskutek tego następuje hypertrofja pewnych części na niekorzyść innych. Brak badań daje się odczuwać na całej linji zagadnienia planowania miast, miljony na całym świecie są trwonione na skutek braku uświadomienia co do odpowiednich środków. Pojedyńcze badania w rodzaju tego, jakie przeprowadzono dla Nowego Yorku i jego okolic, są zaledwie pięknem zapoczątkowaniem, jesteśmy jeszcze dalecy od osiągnięcia celu. W planowaniu miast należy rozróżniać dwa zasadnicze zagadnienia: politykę i stronę techniczną. Trudno dziś znaleźć ludzi, którzyby jedno i drugie posiadali.

Dążyć trzeba do tego, by stworzyć nowy zawód, aby ten, co planuje miasta, miał odpowiednie kwalifikacje. Sprawa, poruszona przez Dra Gibbona, dawno leżała mi na sercu. Już rok temu, jako członek Rady Międzynarodowej Federacji planowania miast, pisałem do tej instytucji, że należałoby zwrócić uwagę na kształcenie w planowaniu miast, gdyż prawie żadne państwo nie ma w tej dziedzinie ustalonego systemu.

Obiecano mi, że przyszłe zjazdy tą kwestją się zajmą. Nadarzyła się sposobność w Rzymie, bym mógł w dyskusji tę sprawę dalej przedstawić, rozwijając referat Dra Gibbona w tym sensie, że Międzynarodowa Federacja winna wypracować program odpowiedniego kształcenia w celu wywarcia wpływu na wszystkie państwa w kierunku wprowadzenia właściwego przygotowania urbanistów do ich pracy zawodowej.

Zjazd rzymski powinien stać się w dziedzinie planowania miast momentem przełomowym, cechującym podniesienie poziomu naukowego tych, co rozwojem miast chcą kierować.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 5082/29. Warszawa, dnia 7 stycznia 1930 r. Zwalczanie gruźlicy, ankieta. Do Panów Wojewodów. Polski Związek Przeciwgruźliczy rozesłał w dniu 15. XI. 1929 za Nr. 6985/29 ankietę do Magistratów miast, samorzadów powiatowych i kas chorych w sprawie kosztów, związanych ze zwalczaniem gruźlicy.

Wobec dużego znaczenia tej ankiety Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o zalecenie wymienionym instytucjom dokładnego i możliwie szybkiego wypełnienia tej ankiety. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr. Piestrzyński.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. O. 4630/29. Warszawa, dnia 14 stycznia 1930 r. Okólnik Nr. 230. Wydawanie świadectw zdrowia na użytek P. K. O. przez lekarzy powiatowych. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. Ponieważ Pocztowa Kasa Oszczędności zwróciła się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą o poparcie jej działalności ubezpieczeniowej przez zezwolenie lekarzom powiatowym przeprowadzenia badań lekarskich klientów P. K. O., Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zezwala, aby lekarze powiatowi przeprowadzali badania klientów P. K. O., oczywiście w godzinach pozaurzędowych, i w ten sposób, aby to nie przeszkadzało w wykonywaniu czynności urzędowych.

Za każde takie badanie P. K. O. będzie płacić lekarzom powiatowym po 10 złotych. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia. Dr. Piestrzyński.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 4 lutego 1930 r. o godz. 8-mej wiecz. Punktualnie. (bez kwandransa akademickiego. 1) L. Karwacki — Saprofityczne prątki gruźlicze w związku z zagadnieniami szczepień ochronnych i bakterjoterapji gruźlicy. 2) J. Węglerko — Wpływ białka i tłuszczu na krzywą glikemiczną po podaniu cukru gronowego u chorych na cukrzycę.

Polskie Towrzystwo Oto-laryngologiczne. Posiedzenie Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się dn. 30. stycznia 1930 r., we czwartek, o godz. 8-ej wiecz., w Zakładzie Leczniczym Dr. Czarneckiego przy ul. Zgoda Nr. 8. Porządek dzienny: 1) Demonstracje chorych. 2) Odczytanie protokołu zeszłego posiedzenia. 3) Dr. Karbowski-Flokstrumpf: przypadek raka nagłośni leczony radem. 4) Dr. Karbowski: przypadek cierpienia ucha wewnętrznego o nietypowym przebiegu. 5) Dyskusja nad pokazem kol. Chorążyckiego (przewlekłe ropnie podotoczkowe w migdałkach). 6) Komunikaty Zarządu. 7) Wolne wnioski. Uwaga: Zarząd uprasza Sz. Kolegów o nadsyłanie autoreferatów z przemówień opracowanych do druku w ciągu 7-iu dni po odbytem posiedzeniu na ręce sekretarza, w przeciwnym bowiem razie o referatach tych będą zamieszczane tylko krótkie wzmianki.

Lwów.

Lekarskie kursa uzupełniające we Lwowie. Wydział lekarski U. J. K. we Lwowie w okresie przed świętami Wielkanocnemi w b. r. organizuje 10-dniowy Ogólny kurs uzupełniający dla lekarzy, w którym zostaną uwzględnione najnowsze zdobycze we wszystkich działach medycyny. Kurs ten odbędzie się w dniach od 29 marca do 7 kwietnia br. włącznie. Opłata za kurs wynosi 50 złotych. Program szczegółowy będzie ogłoszony z końcem lutego br.

Wydział zdrowia Miasta Lwowa urządza równocześnie kurs chorób zawodowych, który trwać będzie od 29 marca do 9 kwietnia br. i obejmie wykłady z zakresu chorób zawodowych, ich społecznego znaczenia i zapobiegania, zgodnie z programem Ministerjalnym. Kurs ten jest bezpłatny a Wydział Zdrowia poczynił starania, ażeby uczestnicy u swych władz uzyskali urlopy i stypendja na czas kursu. Program szczegółowy będzie ogłoszony równocześnie z kursem poprzednim.

Obydwa kursy będą tak zorganizowane, że ci sami słuchacze będą mogli uczestniczyć w obu kursach. Wykłady i ćwiczenia kursu Ogólnego będą odbywały się w godzinach przed — a częściowo popołudniowych, a wykłady kursu chorób zawodowych w godzinach wieczornych i to obydwa w budynkach Wydziału lekarskiego U. J. K. we Lwowie.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. I. posiedzenie naukowe odbyło się dn. 31. stycznia b. r. z następującym porządkiem dziennym: Pokazy: 1) Kol. H. Hilarowicz i St. Teppa: Przypadek guza mózgu, leczony operacyjnie. 2) Kol. H. Hilarowicz: Przypadek mucokoele jam sitowych, leczony operacyjnie. 3) Kol. A. Gruca. 3 przyp. schorzeń stawu krzyżowo-biodrowego, 2 przyp. ciał obcych. 4) Kol. Lipiński: Przypadek mocznicy szkarlatynowej, wyleczony transfuzją krwi. 5) Kol. W. Elmer i M. Scheps: Doustne stosowanie insuliny (Stephana) w leczeniu cukrzycy. 6) Kol. H. Schusterówna: Preperaty anatomo-patologiczne. W dyskusji zabierali głos Kol.: T. Ostrowski, Tomanek, Gąsiorowski, Chwalibogowski, Olszewski.

Ze świata.

„Powszechna Wystawa Krajowa w r. 1929". Zarząd P. W. K. przystąpi do wydania dzieła pamiątkowego p. t.: „Powszechna Wystawa Krajowa w r. 1929", zawierającego w 5 tomach przeszło 2.500 str. tekstu i około 1.000 fotografij, wykresów i t. d. Cena dzieła w prenumeracie wynosi 200 zł., z czego 100 zł. płatne przy zamówieniu, a 100 zł przy odbiorze tomu 2-go (w razie konieczności spłaty w większej liczbie rat). Pierwszy tom wyjdzie około 1 kwietnia, dalsze w odstępach 6 — 8-tygodniowych. Zarząd P. W. K. mieści się w Poznaniu, Grunwaldzka 22.

Redakcja otrzymała.

Le monde médical, numero 763, 1-e janvier 1930.

Archives of medical hydrology, anno VIII, nr. 1, january 1930.

Władysław Bujak: „Zarys pedjatrji", Kraków 1930

Wydawnictwa Bibljoteki Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie:

1) Tom IV. — *Doc. Dr. Robert Lenk:* „O leczeniu promieniami Roentgena". Podręcznik do użytku ogółu lekarzy.

2) Zeszyt 4. — *Dr. Józef Spira:* „Higjena ucha i górnych dróg oddechowych".

3) Tom XX. — „Stany podgorączkowe w związku z niezdolnością do pracy". Praca zbiorowa.

4) Zeszyt VIII. Serja II. — *Doc. Dr. January Zubrzycki:* „Przepisy zabezpieczające przed zakażeniem w czasie zabiegów chirurgicznych".

5) Zeszyt VII. Serja II. — *Doc. Dr. Szczęsny Bronowski:* I. „O ostrem i przewlekłem skrytem zapaleniu wsierdzia oraz o jego leczeniu". — II. „Leżenie w łóżku jako metoda leczenia".

Der blutlose Phlebotomist, vol. VIII, nr. 4, z r. 1929.

Nouveau traité de médecine, fascicule XVII, Masson et Cie Paris. 1929.